
COLL. REG. MED. LOND.
MDXVIII
Ο ΒΙΟϹ
ΒΡΑΧΥϹ Η
ΔΕ
ΤΕΧΝΗ
ΜΑΚΡΗ
Alf. J. Downey, Del et Sculpt
London 1924

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

TOME I

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

LEÇONS

A L'USAGE

DES MÉDECINS PRATICIENS ET DES ÉTUDIANTS

PAR LE

PROFESSEUR MORIZ KAPOSI

TRADUCTION

AVEC

NOTES ET ADDITIONS

PAR MM.

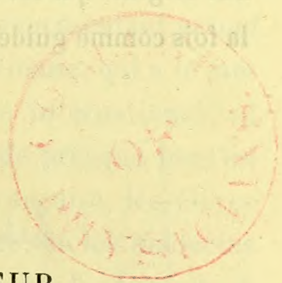
ERNEST BESNIER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

ADRIEN DOYON
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN INSPECTEUR DES EAUX D'URIAGE

Seconde édition française

AVEC FIGURES NOIRES ET EN COULEURS

TOME PREMIER



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1891

PRÉFACE DU PROFESSEUR KAPOSI

POUR LA TROISIÈME ÉDITION ALLEMANDE

Cette troisième édition offre, comparativement aux précédentes, de notables changements, relatifs surtout au plus complet développement des matières qu'elle renferme. Aux lecteurs amis, avant tout, à nos collègues en spécialité, d'apprécier jusqu'à quel point ces additions et modifications sont fondées au point de vue du progrès et des nouvelles conquêtes de notre science. Quant aux praticiens et aux étudiants, auxquels cet ouvrage s'adresse principalement, ils jugeront s'il correspond, ainsi refondu, à son but originel qui est de servir, à titre de manuel de dermatologie, à la fois comme guide pratique et comme traité scolaire.

L'Auteur.

PRÉFACE DES TRADUCTEURS

Avril 1891.

I

Nous avons exposé, il y a dix ans, dans l'*Introduction* que nous réimprimons intégralement à la suite de cette préface, les motifs qui nous avaient déterminés à publier une édition française des *Leçons du professeur Kaposi sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau.* Non seulement ces motifs n'ont pas cessé d'exister, mais encore, aux circonstances actuelles, à l'agitation qui commence à s'élever en France pour la réforme de l'enseignement médical, ils empruntent une force renouvelée, une opportunité plus grande.

Aujourd'hui, comme il y a dix ans, c'est l'École fondée par Hebra, et dont le professeur Kaposi est le représentant actuel le plus direct et le plus élevé, l'École de Vienne, qui a le monopole de l'enseignement dermatologique international; et c'est toujours dans cette École qu'affluent de presque tous les pays, même de quelques pays de langue française, les élèves qui veulent apprendre la pathologie cutanée, ou les médecins qui cherchent à se perfectionner dans son étude. Les uns et les autres savent que l'on trouve au grand Hôpital de Vienne une organisation universitaire coordonnée et forte, ainsi que des professeurs nombreux, tout entiers à leur tâche, et prêts à

dispenser, à tous les degrés, une instruction dermatologique complète, dans des délais réguliers (1).

De ce foyer puissant partent, depuis plus de trente ans, des séries de disciples, imbus de la doctrine de Hebra, et qui rapportent dans leurs pays d'origine, et y propagent, l'enseignement qu'ils ont reçu, l'esprit scientifique dont ils ont été imprégnés, les habitudes cliniques, les principes de traitement. Ce sont eux qui ont créé, ou qui dirigent, les écoles dermatologiques qui existent aujourd'hui dans toute l'Allemagne, en Russie, en Suisse, dans les pays Scandinaves, en Belgique, en Italie, et dans presque tous les pays de langue anglaise.

Quelques-uns de ces disciples ont plus ou moins secoué le joug du maître, et ne sont pas restés astreints à ses errements systématiques, ou n'ont pas conservé le dédain ou l'oubli de la tradition française ; mais, tous, ils n'en demeurent pas moins toujours les représentants réels de l'École de Vienne, dont ils conservent l'esprit et les principes. Un certain nombre d'entre eux, parmi les plus éminents, veulent bien dans leur enseignement, ou dans leurs travaux, rendre aux dermatologistes de notre pays la part qui leur appartient; il en est davantage qui la méconnaissent, l'oublient, la dédaignent, ou l'ignorent.

II

Cependant, durant ces dix années, l'École dermatologique française, nul ne le conteste, a marqué sa place au premier

(1) A l'Hôpital Général de Vienne, les cours de dermatologie, au nombre de dix ou de douze, chaque jour, se succèdent à des heures différentes de la journée, sans préjudice des cours de la Policlinique, dont les bâtiments ne sont séparés que par une rue de ceux de l'hôpital. Ces cours sont faits par les professeurs, les assistants, et les anciens assistants; ils traitent les parties diverses de la pathologie cutanée, de manière à être complémentaires les uns des autres.

rang de la science; sur tous les points, nosologie ou nosographie, clinique, thérapeutique appliquée, histologie, microbiologie, elle occupe les positions avancées.

A Paris, l'hôpital Saint-Louis, berceau de cette école, avec son Musée incomparable, ses nombreux services de clinique d'une richesse sans égale, ses policliniques débordant de malades, reste le terrain le plus merveilleusement préparé pour la constitution d'une École dermatologique normale, nationale et internationale! Pendant ces dix années, son activité scientifique n'a pas cessé de s'accroître : grâce à la libéralité de l'Administration de la Ville de Paris, et à la sollicitude éclairée de l'Administration de l'Assistance publique, il a y été construit un musée nouveau, des salles de conférences et de travail, une bibliothèque, et de vastes salles de consultation appropriées à la profusion de malades qui s'y présentent; chaque service a été pourvu de laboratoires de clinique, d'histologie, de bactériologie, selon la direction particulière dans laquelle la dermatologie y est cultivée. Enfin, les Réunions cliniques des médecins de l'hôpital Saint-Louis, auxquelles ont succédé les séances de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, témoignent hautement de ce mouvement scientifique, et de cette marche en avant.

Dans cette vaste agglomération dermatologique — qu'ils soient étrangers ou nationaux — les médecins qui veulent s'instruire, ou se perfectionner, dans la connaissance des maladies cutanées, y ont partout, et à tout moment, l'accès entièrement libre, sans formalité, ni obligation d'aucune sorte. Tous les services leur sont ouverts sans la moindre restriction, et chacun des chefs de ces services met à leur disposition, sans compter, son temps, sa parole, et l'exemple de sa pratique. En permanence, ils sont assurés d'y trouver, et de pouvoir étudier personnellement, non seulement des sujets atteints des affections les plus rares, indigènes ou exotiques,

mais encore ils y rencontrent les maladies vulgaires de tous les pays, sur une échelle numérique partout ailleurs inconnue, qui leur permet d'observer, dans le même temps, toutes leurs espèces, leurs formes, leurs variétés, et cela en telle abondance qu'il suffit d'un délai peu étendu pour acquérir, de ces maladies, une notion personnelle effective.

III

Ces conditions matérielles exceptionnellement magnifiques, cette matière dermatologique si abondante, que les représentants de l'École dermatologique française utilisent, sans cesse, pour le progrès de la science qu'ils cultivent, et pour le bien des malades de leurs services ou de ceux qui se pressent à leurs policliniques, ne servent malheureusement que d'une manière incomplète à l'enseignement proprement dit, parce que l'organisation du personnel hospitalier, et les conditions de la scolarité universitaire des élèves en médecine, instituées pour des époques sans aucune analogie avec la période actuelle, sont absolument défectueuses.

A Paris, en 1891, la Faculté de médecine qui, seule, dispense l'enseignement officiel et collationne les grades, n'a, pour ses quatre mille étudiants, et pour les médecins français ou étrangers qui suivent les cliniques spéciales à titre d'instruction complémentaire ou de perfectionnement, qu'une chaire, mixte, de dermato-syphiligraphie.

L'enseignement donné par les médecins de l'hôpital Saint-Louis — lesquels y sont attachés comme chefs de service et non comme professeurs — est entièrement libre ; il a toujours existé depuis Alibert, et il existait bien avant que la Faculté ait occupé une place dans cet hôpital, et dans l'enseignement de la dermatologie.

Il y a vingt ou trente ans, alors que la pathologie cutanée

et la thérapeutique des maladies de la peau n'avaient pas l'étendue et la complexité qu'elles possèdent aujourd'hui, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, d'ailleurs moins surchargés de malades, pouvaient prendre sur leurs devoirs hospitaliers le temps nécessaire, et faire des cours et des cliniques suffisants en raison de l'état de la science à cette époque. Mais à présent, les choses ne sont pas aussi simples : Pour constituer un enseignement réel de la dermatologie, il faut un programme coordonné et gradué — enseignement élémentaire et enseignement supérieur; il faut des leçons disposées avec ordre, comprenant l'ensemble de la pathologie cutanée et de la thérapeutique appliquée, dispensées dans un temps mesuré; des leçons théoriques, et des leçons de choses. Il faut des laboratoires d'étude micrologique et expérimentale, et des laboratoires de clinique, où l'on traite réellement les dermatoses devant les élèves réunis en séries graduées, et où on leur apprenne, en acte, l'art de reconnaître, et de traiter, ce que la majorité des médecins ne sait encore que très imparfaitement reconnaître, et traiter, c'est-à-dire, la plupart des maladies cutanées vulgaires, les teignes, le lupus, les tumeurs de la peau, etc., etc., en un mot tout ce qu'on ne peut enseigner seulement par la parole, ni par le livre, et que l'on ne saurait apprendre dans un cours d'amphithéâtre. Il faudrait enfin, à côté de l'enseignement élémentaire, tel qu'il convient pour former la généralité des praticiens, un enseignement supérieur, et un laboratoire de hautes études dermatologiques, pour les médecins qui se destinent au traitement spécial des maladies de la peau dans les grandes villes, ou qui aspirent à enseigner, eux-mêmes, dans d'autres universités de la France ou de l'étranger.

Or, pour remplir le programme dont nous venons de donner un aperçu, le médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur

libre de dermatologie, est non seulement dépourvu de toute mission et de tout secours matériel, mais il manque du personnel indispensable à tout enseignement; il est seul. Chaque année, il reçoit, à date fixe, cinq élèves — un interne, quatre externes — régulièrement novices en dermatologie; à la fin du cycle scolaire, aussitôt que ces élèves ont acquis les connaissances nécessaires pour être utiles, et utilisables pour l'enseignement des autres, ils cèdent la place à un nombre égal de nouveaux, et ainsi de suite. Si encore les anciens élèves de l'hôpital qui, leurs études finies, s'adonnent à la dermatologie, les jeunes dermatologistes qui y ont été formés, ou qui s'y sont élevés par leur travail, étaient rappelés, et appelés à assister le chef de service dans le traitement des malades, ou dans son enseignement, il serait possible d'instituer une série réglée et ininterrompue d'exercices dermatologiques, pouvant constituer un enseignement pratique excellent. Mais non. Alors même que ces jeunes dermatologistes auraient acquis par leur talent, par leurs travaux, une notoriété élevée, voire même la célébrité, dans cette branche de la pathologie, alors même qu'ils auraient reçu par le concours l'investiture de médecin des hôpitaux, un règlement immuable les rejette tous hors de l'établissement, hors de l'enseignement clinique de la dermatologie, et éloigne ces derniers jusqu'à ce que le sort des mutations hospitalières leur permette d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, ce qui, pour tous, ne peut arriver qu'au bout d'un grand nombre d'années, et ce qui, pour plusieurs, n'arrive jamais.

Aussi longtemps que ces conditions existeront; aussi longtemps que l'on ne constituera pas, autour des chefs de service titulaires, un personnel médical élevé pour le traitement réel de tous les malades, et pour satisfaire aux besoins de l'enseignement, il sera impossible à l'École française de prendre dans l'enseignement général de la dermatologie la

part qu'elle devrait avoir, en raison de sa position scientifique, et du matériel dermatologique qu'elle détient.

Ce n'est pas tout. Alors même que l'hôpital Saint-Louis posséderait un personnel enseignant, officiel ou libre, assez nombreux, et assez organisé, pour réaliser l'enseignement dermatologique normal, dont nous venons d'esquisser les éléments, il resterait encore — chose étrange à dire dans une université qui compte quatre mille étudiants en médecine! — à donner à ces professeurs, et à ces cours, des auditeurs et des élèves. En dehors des six internes, et des vingt-quatre élèves externes qui constituent tout le personnel *régulier* d'un hôpital qui possède plus de six cents lits occupés par des malades atteints d'affections de la peau, des policliniques où les malades se comptent par centaines, des consultations publiques auxquelles se présentent, chaque jour, deux à trois cents patients, aucun étudiant en médecine n'est tenu de faire un stage, ni même une seule présence à l'hôpital dermatologique, et la majorité d'entre eux termine ses études, et reçoit le grade de docteur, non seulement sans y avoir étudié, mais sans y avoir jamais pénétré (1) !

III

De cette insuffisance numérique, et de ce manque d'organisation du personnel enseignant; de cette exclusion des

(1) Le nombre des stagiaires de la Faculté qui font une présence d'un trimestre dans les services dermatologiques de l'hôpital Saint-Louis ne dépasse pas 20 par année moyenne. Il y en a eu, en 1888, 10 dans le premier trimestre; 11 dans le deuxième; 1 dans le troisième; 1 dans le quatrième. En 1889, 8 dans le premier trimestre; 5 dans le deuxième; 10 dans le troisième; 2 dans le quatrième. En 1890, 8 dans le premier trimestre; 3 dans le deuxième; 4 dans le troisième; 5 dans le quatrième.

Le personnel de la Clinique de la Faculté comprend, en outre, un chef de clinique médicale et un chef de laboratoire; un interne provisoire est accordé pour le service du Pavillon Gabrielle.

jeunes dermatologistes, ainsi que de cette scolarité défectueuse jusqu'à l'invraisemblance, quels que soient d'ailleurs le talent et le zèle du professeur titulaire (1), quelque multipliés que soient les efforts individuels des médecins de l'hôpital Saint-Louis qui, tous, enseignent la pathologie cutanée, et quelque grandes que soient les richesses dermatologiques de cet hôpital, il résulte que nos générations médicales, même les mieux instruites, se succèdent sans recevoir une connaissance suffisante des maladies de la peau, sans savoir reconnaître un grand nombre d'entre elles, et surtout sans savoir les traiter.

Pour surcroît, nos élèves, suivant en cela trop fidèlement la tradition de leurs aînés, demeurent très imparfaitement versés dans la connaissance des langues étrangères ; ils n'apprennent pas assez à regarder au delà des frontières avec l'acuité nécessaire, et dans la direction propice ; beaucoup d'entre eux n'emportent pas de l'école, sur les choses de la médecine, la perception libre et étendue que réclament les temps où nous vivons.

On ne leur a pas dit assez qu'en médecine, ainsi qu'en toute question de science, d'art, de politique, ou d'affaires, rien n'était plus contraire au progrès, plus funeste et plus aveuglant, que de s'isoler dans son atmosphère immédiate.

IV

En réagissant contre ces tendances, et en signalant une situation fâcheuse pour les progrès de la médecine nationale, en mettant, depuis de longues années, entre les mains de nos compatriotes des ouvrages et des publications qui puissent les éclairer sur la réalité des choses, et leur faciliter la con-

(1) Le professeur Alfred Fournier.

naissance des travaux étrangers, nous avons cru faire ce qui pourrait être le plus utile à la science que nous cultivons, à nos confrères, et à nos élèves.

Dans quelle mesure notre labeur persévérant a-t-il servi à la dermatologie et aux élèves ou aux médecins de notre pays? Dans quelle mesure avons-nous pu, par nos publications, faire rendre justice plus exacte aux travaux de nos compatriotes? Il ne nous appartient pas de le dire.

Mais, ce dont nous avons la conscience très assurée, c'est que notre tâche n'est pas terminée; c'est que nous n'avons pas encore entièrement accompli la mission que nous nous sommes donnée.

Non seulement il nous reste à vulgariser en France les travaux dermatologiques publiés à l'étranger depuis dix ans, et à faire connaître ce qui s'est fait en France pendant la même période, mais encore il est, sur plus d'un point, nécessaire de reprendre la critique du système de Hebra, et de poursuivre la discussion de quelques-unes des doctrines qui règnent encore dans l'École dermatologique dominante, ainsi que dans les Écoles qui en dérivent.

Voilà pourquoi nous nous sommes remis à cette œuvre laborieuse, et pourquoi il nous a paru, une seconde fois, que ce que nous pouvions faire de plus utile aux progrès de la pathologie cutanée, à l'instruction des élèves et aux besoins de la pratique générale, était de réunir dans un même livre, en même temps que l'enseignement de l'École nationale, l'enseignement donné par les Écoles étrangères.

Voilà pourquoi, au lieu de dérouler sur le mode banal un tableau méthodique, un exposé exclusivement personnel de la pathologie cutanée, comme en émettaient le désir des amis plus bienveillants que pénétrés des besoins réels de la dermatologie, nous livrons au public médical un livre ouvertement international, dans lequel le lecteur ne pourra

se soustraire à l'évidence de choses dont il n'est pas dûment informé.

A côté de la traduction intégrale des Leçons du professeur Kaposi, qui constituent toujours, à elles seules, l'œuvre la plus importante, et la plus pratique, de la dermatologie actuelle, nous avons annexé ou juxtaposé des *notes* et des *appendices*, dont l'étendue égale celle de l'ouvrage traduit. Il nous a été ainsi possible de faire, sans cesse, l'opposition des doctrines françaises, ou de notre enseignement, aux doctrines et à l'enseignement de l'auteur; de restituer à la dermatologie française la part que lui appartient, de développer les parties traitées incomplètement dans le texte courant, ou d'exposer les sujets entièrement nouveaux. Dans ces additions, et dans ces annexes, nous avons mis tout ce qui nous est personnel, et nous avons ajouté tout ce qu'il était utile d'emprunter aux auteurs de tous les pays, en indiquant toujours — nous considérons cela comme un devoir absolu — les sources bibliographiques avec la plus grande exactitude.

A tous les degrés, nous nous sommes efforcés de faire une œuvre de science et de pratique, persuadés que l'une et l'autre ne sauraient être dissociées sans préjudice ; nous serons amplement récompensés de nos efforts si le public médical accorde à cette édition l'accueil bienveillant qu'il a fait à la précédente.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

INTRODUCTION

DE LA PREMIÈRE ÉDITION FRANÇAISE

Avril 1881.

État actuel de l'enseignement dermatologique. — Prééminence de l'École de Vienne. — Nécessité d'une réforme en France ; conditions de cette réforme. — Raisons qui ont déterminé les auteurs à traduire et à annoter les Leçons du professeur Kaposi. — Exposition de la méthode et des principes adoptés dans la traduction française.

I

L'Hôpital Général de Vienne, établissement polyclinique auquel nous n'avons rien à comparer dans notre pays, est devenu depuis trente ans le foyer principal, le centre de l'enseignement dermatologique ; son organisation aussi excellente que pratique, non moins que le nombre et le talent des maîtres qui y sont attachés, y appellent et y retiennent les médecins de tous les pays qui veulent faire, en peu de temps, une éducation dermatologique sérieuse et méthodique,

Dans l'Allemagne entière, en Russie, en Amérique, dans une grande partie de l'Angleterre et de l'Italie, etc., à de rares exceptions près, les médecins qui détiennent aujourd'hui la matière et l'enseignement de la dermatologie sont sortis de l'Hôpital Général de Vienne ; tous sont des disciples de Hebra, de Kaposi, de Neumann, d'Auspitz, etc. Bien d'autres encore, J. Pick, G. Behrend, Geber, Köbner, Lang, O. Simon, P. G. Unna, etc., ont également,

par leurs leçons ou par leurs travaux, contribué à la diffusion des doctrines de l'École de Vienne.

En tous ces pays, la parole de Hebra est la parole de vérité; la doctrine de l'École qu'il a créée est l'évangile dermatologique! On y chercherait en vain un Traité de pathologie cutanée publié depuis dix ans qui ne soit pas une émanation du grand Traité de Hebra! En tous ces pays, dans tous ces ouvrages, l'oubli, la méconnaissance plus ou moins accentués de nos maîtres les plus illustres et les plus incontestés sont flagrants, et, en fait, l'influence traditionnelle de l'école française s'y est singulièrement amoindrie!

Ainsi donc, c'est à Vienne qu'affluent à présent les médecins étrangers qui veulent apprendre la pathologie cutanée et la thérapeutique dermatologique; c'est de Vienne que partent tous ceux qui se répandent aujourd'hui dans la plus grande partie du monde, où ils vont porter, cultiver et propager les doctrines de leur école d'adoption.

Telle est la réalité. En vain objectera-t-on que nous avons peut-être exagéré, qu'il y a toujours à l'hôpital Saint-Louis quelques étudiants étrangers; cela n'empêche pas que ce soit à Vienne et non à Paris que les Allemands, les Américains, les Anglais, les Italiens, les Russes, les Grecs, etc., aillent faire leur éducation dermatologique, que ce soit enfin l'École de Vienne qui ait conquis de haute lutte, et qui conserve en toutes les contrées que nous avons indiquées, une prééminence incontestable.

II

Mais enfin, pourquoi? Comment l'École française a-t-elle ainsi laissé s'amoindrir et s'éteindre son influence traditionnelle? Quelles sont les raisons de ce déplacement d'élèves et de cette désaffection d'École? Nous allons le dire sans détour.

Tout d'abord, faut-il incriminer quelque modification matérielle qui serait survenue dans la matière de l'enseignement dermatologique en France; s'est-il produit, dans les hommes ou dans les choses, quelque déchéance qui puisse expliquer ce déplacement, cette désaffection?

Loin de là! L'hôpital Saint-Louis n'a pas cessé d'être le plus

vaste, le plus merveilleux champ d'études dermatologiques qui existe dans le monde entier. Ce vaste établissement contient toujours en permanence plus de six cents malades internes atteints d'affections cutanées; loin de diminuer, l'affluence des patients y croît chaque jour, et c'est l'institution, par ses médecins, de policliniques particulières à côté de chaque division qui a seule permis de satisfaire aux besoins d'une population sans cesse accrue, sans augmenter le nombre des sujets internés. Des traitements externes pour les teignes, la cure rapide de la gale, etc., la délivrance gratuite des bains de toute espèce, des médicaments, etc., concourent au même but. Le nombre des malades qui viennent aux policliniques ou à la consultation externe n'est pas inférieur à trois cents par journée. Tout cela, nous le répétons, ne se peut trouver en aucune ville du monde. A Londres, par exemple, bien que la population, plus nombreuse, doive fournir un total de sujets atteints de maladies de la peau plus élevé que le nôtre, l'absence de centralisation hospitalière ne permet de réunir ces sujets que par groupes partiels, d'autant plus incomplets qu'ils sont plus multipliés.

N'est-ce pas encore dans notre hôpital Saint-Louis que se trouve ce que les étrangers eux-mêmes appellent une merveille incomparable, le Musée dermatologique, dans lequel on peut en permanence voir et étudier à loisir les types achevés de toutes les affections de la peau, rares ou communes, indigènes ou exotiques, moulés d'après nature par notre admirable artiste Baretta ? Sur ces reproductions absolument fidèles, l'aspect, la forme, la couleur, le relief de toutes les altérations de la peau peuvent être, dans leurs moindres détails, examinés à l'œil nu ou à la loupe, absolument comme sur le vivant. A leur aide, dans les leçons théoriques ou cliniques que font les médecins de l'hôpital, quel que soit le sujet que le professeur ait à traiter, il est toujours assuré de pouvoir faire passer sous les yeux de ses auditeurs les types les plus divers des genres, espèces, formes et variétés de chacune des affections de la peau. A ce Musée dermatologique se trouve annexé, depuis plusieurs années, le Musée particulier du professeur Fournier, musée syphiligraphique d'une richesse sans égale, œuvre (dans sa plus grande partie) de l'homme de talent qui a nom Jumelin.

Ces ressources précieuses, ce matériel immense d'enseignement, auraient-ils cessé d'être utilisés par le personnel médical de l'hô-

pital? Le nombre des cours ou des cliniques mis à la disposition du public aurait-il été diminué? Le zèle ou le talent des professeurs auraient-ils faibli? Chacun sait qu'il n'en est rien. Au moment précis où Hebra dérivait à son profit, et fixait dans l'École de Vienne le monopole de l'enseignement dermatologique de l'étranger, il y a maintenant plus de vingt ans, l'hôpital Saint-Louis n'avait jamais été plus riche d'activité et de talent professoral; les noms de Cazenave, de Devergie, de Gibert, de Bazin, de Hardy (1), qui y enseignaient à cette époque, en témoignent surabondamment.

Pour ne rien omettre enfin, et pour arriver à l'état présent (quelque scrupule que nous ayons à parler du personnel médical qui enseigne aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis, puisque l'un de nous a l'honneur d'en faire partie), pouvons-nous ne pas rappeler que l'activité et le zèle de ce personnel n'ont jamais été plus grands: une chaire officielle de dermatologie et de syphiligraphie a été créée; elle est occupée par le professeur Fournier, syphiligraphe célèbre, véritable prince de la parole et de la science, à qui n'a jamais manqué la légitime faveur du public médical ou des élèves. A côté de la chaire officielle, cinq cliniques privées ou libres restent ouvertes en permanence aux élèves ou aux médecins, et personne n'ignore le succès de ceux de nos collègues qui, depuis de longues années déjà, enseignent librement la pathologie cutanée, l'histologie spéciale, la clinique dermatologique : Hillairet (2), Lailler, Guibout, Émile Vidal.

(1) Pendant plus de vingt ans, M. le professeur Hardy, élève d'Alibert, a enseigné la dermatologie à l'hôpital Saint-Louis, librement ou officiellement, avec un éclat et un succès qui n'ont pas été égalés. C'est depuis peu d'années seulement que ce maître éminent, promu à une chaire de clinique générale, a quitté l'hôpital Saint-Louis pour l'hôpital de la Charité. Chacun sait que la Clinique interne a bénéficié largement du talent et de la haute expérience de ce professeur justement célèbre, dont la parole extraordinairement claire, correcte, facile et communicative, attirera toujours la foule des médecins et des élèves; mais personne ne peut ignorer que son départ de l'hôpital Saint-Louis a laissé dans l'enseignement de la dermatologie une lacune irréparable.

(2) M. Hillairet, atteint par la limite d'âge des Médecins des Hôpitaux, vient de quitter l'hôpital Saint-Louis, où son absence sera aussi vivement sentie; mais notre éminent collègue, riche d'expérience acquise, continuera par le livre l'enseignement à la fois élevé et pratique, et essentiellement médical, qu'il a si longtemps exercé dans cet hôpital.

III

Comment se peut-il faire que ces conditions matérielles exceptionnellement magnifiques, que cette véritable profusion de moyens d'action, que cette activité et cette spontanéité du personnel médical, si hautement favorables à l'étude et à l'enseignement de la dermatologie, bien que réunies dans la ville du monde la plus fréquentée par les étrangers, ne soient pas demeurées fécondes, et aient cessé d'attirer et de retenir les élèves et les médecins étrangers? Et pourquoi, d'autre part, la capitale de l'Autriche-Hongrie, avec des ressources matérielles infiniment moins étendues, et sans la gratuité de l'enseignement, a-t-elle obtenu les résultats que nous avons indiqués? Pourquoi a-t-elle conquis, et pourquoi conserve-t-elle ce monopole de l'enseignement dermatologique de l'étranger dont les conséquences, pour nous fâcheuses (nous l'avons montré plus haut), dépassent considérablement à tous égards, en gravité, le fait lui-même de la présence, dans cette école, d'un nombre plus ou moins grand d'élèves et de médecins étrangers? C'est ce que nous allons, à présent, exposer.

Sans méconnaître en aucune manière ce que le génie révolutionnaire et créateur de Hebra, non moins que l'éclat incontesté de son enseignement, ont fait pour l'élévation et pour la grandeur de l'École de Vienne, ce qu'il faut tout d'abord mettre en saillie, c'est la base essentielle qui a permis la construction de l'édifice. Cette base réside dans la constitution organique propre de l'Hôpital Général de Vienne, constitution dans laquelle se trouve réalisée sur un même territoire hospitalier, et sur un terrain nettement universitaire, la concentration de la totalité des cliniques.

Cette concentration (qu'il eût été aussi facile de réaliser à Paris qu'à Vienne, si l'on se fût guidé à Paris, comme à Vienne, sur l'intérêt de l'enseignement médical) est merveilleusement propre à favoriser le recrutement logique et normal des services livrés à l'enseignement, chose essentielle dont on ne semble pas ailleurs concevoir l'importance capitale. Elle permet aux élèves, ainsi qu'aux médecins, nationaux ou étrangers, d'y utiliser chaque heure de la journée, de s'y instruire sur tous les points, et de s'y perfectionner sans perte de temps, les cliniques générales, et les cliniques spéciales particulièrement, étant échelonnées méthodiquement sur presque toute la journée.

Chacun peut, dans ces conditions, suivre, le même jour, plusieurs cliniques analogues ou diverses, et assister ainsi dans l'espace d'un trimestre à une série complète de cours généraux ou spéciaux, réalisant, de fait, malgré les frais du payement de chaque cours, une grande économie de fatigue et de temps, partant d'argent.

A Paris, combien les choses sont différentes! Université et Hôpitaux sont deux choses étrangères; souvent en conflit. Dans la création des foyers nosocomiaux, nul souci des besoins de l'enseignement; pas d'hôpital général; point de centre polyclinique; générales ou spéciales, toutes les cliniques se font à la même heure, et sur les points les plus éloignés de l'immense surface de la ville.

Non seulement chacun ne peut assister qu'à une seule clinique par journée, mais encore, pour entendre la parole des différents maîtres, il faut se transporter, successivement, à de grandes distances. Une année entière ne suffirait pas à celui qui voudrait prendre une connaissance réelle de l'enseignement clinique, officiel ou libre, de l'École de Paris. Très peu favorable à l'instruction pratique des élèves proprement dits, nationaux ou étrangers, cette dissémination devient un obstacle absolu pour les médecins étrangers qui ne peuvent séjourner que pour un temps limité.

Précisons. Voici venir un médecin étranger qui consent, durant un trimestre, voire même un semestre, à ne fréquenter que l'hôpital Saint-Louis, pour s'y perfectionner dans la dermatologie. Une seule clinique officielle est à sa disposition. Veut-il suivre, en outre, les leçons des médecins chefs de service qui professent librement? il ne le peut faire complètement; clinique officielle et cliniques libres, tout cela se passe au même moment, à la même heure; — à onze heures, tout est terminé. A quoi emploierait-il dans l'hôpital le reste de sa journée? Pas de salle de travail, aucune bibliothèque; le Musée est libre d'accès assurément et bien muni, mais l'excellent employé qui le garde n'est pas en mesure d'assister le visiteur. Celui-ci trouverait-il, du moins, dans l'hôpital, à ébaucher ou à perfectionner ses études d'histologie cutanée normale ou pathologique? Non. Il n'y a pour cela ni locaux, ni matériel, ni personnel, rien de quoi que ce soit! Voilà la cause entendue, et le lecteur n'a pas besoin que nous lui expliquions davantage pourquoi le médecin étranger, trouvant à

Vienne tout ce qui lui manque à Paris, et ne trouvant à Paris rien de ce qu'il rencontre à Vienne, a abandonné Paris pour Vienne.

IV

Mais encore, pourquoi cette organisation défectueuse ou plutôt ce manque d'organisation? Pourquoi cette extraordinaire pénurie d'instruments de culture à côté de ce champ d'étude si merveilleusement productif? — Le voici en peu de mots.

Comme tous hôpitaux proprement dits de la capitale, l'hôpital Saint-Louis dépend de l'administration de l'Assistance publique, laquelle, essentiellement municipale, a organiquement charge de secourir les malades et d'assister les pauvres, mais en aucune manière d'enseigner la médecine. Le budget de cette administration ne peut être appliqué à développer l'enseignement, parce que telle n'est pas sa destination, et parce qu'il est toujours au-dessous de ses besoins ; l'administration elle-même, d'autre part, dirigée par un sentiment respectable, mais en réalité bien mal fondé, croirait nuire au bien des malades qui lui sont confiés, en favorisant au delà du plus strict nécessaire la multiplication des services d'enseignement.

En cet état de choses et d'idées, le progrès ne peut venir que d'une façon indirecte (partant, irrégulière et toujours imparfaite); il n'est jamais réalisé que par les empiétements successifs exécutés avec plus ou moins de succès par l'Université au cours variable des temps politiques, selon la faveur dont elle jouit auprès du pouvoir, ou selon le degré de ses propres aspirations. En fait, les centres d'enseignement cliniques que l'Université a lentement conquis sur le terrain hospitalier sont peu nombreux; ils restent limités aux Cliniques d'enseignement supérieur, lesquelles demeurent presque toutes entourées de zones non universitaires, ce qui fait de la plupart de nos hôpitaux des territoires mixtes, bâtards, dont l'étranger cherche en vain à pénétrer le mécanisme, la conception et la légitimité. Tel est notre hôpital Saint-Louis dont l'Université a conquis, il y a peu d'années, un petit département, dont elle a peut-être le projet de s'annexer une plus grande part, mais dont elle n'a jamais songé (chose que les étrangers comprennent encore moins, mais dont ils profitent largement!) à utiliser dans leur

totalité les immenses ressources pour en faire la première école dermatologique du monde, ce qu'il sera le jour où on le voudra!

Malheureusement, l'horizon de ce jour n'est pas visible; la révolution salutaire qu'il faudrait opérer pour constituer une école dermatologique normale demande trop de lutte et d'efforts contre la routine, les traditions surannées, les réglementations antiques pour que nous en puissions être jamais témoins. Toute réforme a besoin d'être faite dans les esprits avant d'être résolue dans son exécution; mais la révolution que nous souhaitons, et que nous prédisons, sera à jamais glorieuse pour celui qui saura l'imposer, et féconde pour l'époque qui la réalisera.

V

Nous avons expliqué pourquoi les moyens matériels si précieux que l'École de Paris avait à sa disposition, n'avaient pas pu maintenir à cette École sa prééminence au dehors, par ce fait même que les médecins du monde presque entier avaient cessé de s'y rendre pour faire leur éducation dermatologique, qu'ils ne venaient plus y puiser la parole magistrale, et qu'ils avaient, au contraire, importé dans leurs pays respectifs la doctrine et la loi d'une autre école, l'École de Vienne.

Nous remplirions incomplètement notre tâche si nous ne montrions pas, d'autre part, en quoi diffèrent à Vienne et Paris les conditions du personnel enseignant, quelque délicat que puisse être le parallèle que nous voulons simplement esquisser. Mais ces éclaircissements ne sont pas moins nécessaires que les précédents à la conception exacte de la vérité, et cette considération nous suffit. L'un et l'autre nous avons atteint ce point de la carrière où il est permis de parler avec franchise, et sans crainte de voir une parole que l'on sait avoir toujours été loyale et indépendante, non comprise ou mal interprétée.

Voyons d'abord les faits. Dans notre pays, il existe deux hôpitaux qui sont plus particulièrement consacrés à recevoir les malades atteints d'affections de la peau, et qui, par conséquent, sont devenus les centres des études et des travaux ressortissant à ces maladies.

Ce sont, à Paris, l'hôpital Saint-Louis et, à Lyon, l'hospice de l'Antiquaille.

En dehors des salles de chirurgie, l'hôpital Saint-Louis est tout entier consacré au traitement des malades affectés de lésions de la peau. Six chefs de service ont chacun sous leur direction une division d'hommes et une division de femmes, formant ensemble pour chacun d'eux une agglomération permanente de plus de cent malades atteints d'affections cutanées. L'un de ces chefs de service possède, en outre, un service d'enfants teigneux des deux sexes, dans lequel tous les types des affections du cuir chevelu d'ordre parasitaire sont en permanence représentés. Ces détails sont connus de tous, mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cet établissement se trouvant compris, comme tous les hôpitaux de Paris, dans ce qu'on appelle « l'Assistance publique », dont tous les chefs de service, nommés au concours, ne peuvent passer d'un hôpital dans un autre que par voie d'ancienneté. Il en résulte que les médecins qui parviennent à Saint-Louis n'y font jamais leurs débuts qu'à une période déjà avancée de leur carrière médicale et hospitalière. Assurément, il n'est pas à dédaigner, pour le maintien élevé du niveau des branches spéciales, que ces branches soient cultivées par des hommes déjà consommés dans la médecine générale; mais cette considération ne doit pas être tenue pour unique dans la question que nous agitons actuellement. A une époque où les sciences appliquées sont entraînées dans une gravitation vertigineuse, ce serait une prétention vaine que de vouloir les régenter à l'aide des traditions anciennes.

Lorsque la thérapeutique dermatologique était presque toute interne, lorsque l'histologie normale et pathologique n'étaient pas créées, lorsque les doctrines duraient au moins ce que dure une génération médicale, il n'était pas nécessaire de se distraire aussitôt, ni aussi complètement de la médecine générale pour s'approprier la science dermatologique et pour l'enseigner. Mais combien les choses ont changé depuis vingt ans! Combien plus encore elles changeront avant que la dernière heure du siècle ait sonné!

Avec notre organisation surannée, le médecin que le hasard (le hasard seul, qu'on veuille bien ne pas l'oublier) des mutations hospitalières amène à l'hôpital Saint-Louis a déjà atteint la quarantième année; souvent il n'y parvient que beaucoup plus âgé. Jusque-là, il a exercé, enseigné même souvent, la médecine géné-

rale; mais il peut n'avoir jamais étudié particulièrement la dermatologie ou n'avoir prouvé aucune aptitude pour l'enseignement; rien, absolument rien, n'est exigé de lui à cet égard. A l'âge auquel le médecin français arrive à Saint-Louis, le médecin qui pratique ou qui enseigne la dermatologie à l'Hôpital Général de Vienne vit depuis de longues années dans cet établissement, dès longtemps rompu à l'étude de l'histologie générale et spéciale, et à l'étude de la dermatologie ainsi qu'à son enseignement, il a déjà acquis, en son pays et à l'étranger, une haute et solide notoriété de dermatologiste basée sur des travaux originaux bien connus.

A Vienne, l'enseignement et la pratique de la dermatologie suffisent à l'existence matérielle et à l'avancement scientifique de de celui qui s'y est voué, et la dermatologie est honorée à l'égal de toutes les autres branches de la médecine. A Paris, le médecin qui arrive à l'hôpital Saint-Louis vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans ne prend véritablement rang qu'un assez grand nombre d'années après, et cela ne peut être autrement, car on ne s'improvise pas dermatologiste. Durant ce stage nécessaire, le nouveau venu ne peut pas encore vivre de la pratique spéciale, et force lui est de continuer l'exercice de la médecine générale, c'est-à-dire de ne consacrer à la dermatologie que les heures enlevées à son repos, ou à sa vie médicale propre. Hormis son dévouement à la science, ou l'intérêt particulier qu'il peut avoir à s'affirmer comme spécialiste, rien ne l'attache à la science proprement dite ni à l'enseignement de la dermatologie. Quand il se jugera suffisamment instruit dans cette branche spéciale pour instruire les autres, on tolérera qu'il enseigne, mais il n'a à espérer ni de l'Assistance publique ni de l'Université aide ou soutien ; il fera son enseignement (qui ignore aujourd'hui qu'un enseignement *réel* de la dermatologie réclame et entraîne des frais, matériels?) à ses frais et à ses dépens. Sa situation enfin restera à ce point sans analogue à l'étranger, que pas un des nombreux médecins des autres pays avec qui nous avons traité ce sujet et disserté sur cette étrange condition n'a pu en saisir aisément les détails ou la raison d'être.

Il n'est pas nécessaire d'en dire davantage pour faire toucher du doigt la différence profonde, radicale, infranchissable, qui, dans l'état actuel, sépare l'hôpital Saint-Louis de l'Hôpital Général de Vienne, le corps dermatologique enseignant de l'un et de l'autre,

l'École de Paris de l'École de Vienne. Aussi longtemps que dureront ces différences fondamentales, aussi longtemps durera la différence dans les résulats obtenus, la suprématie de fait de Vienne sur Paris. En vain les dermatologistes français feront assaut de zèle, d'abnégation, de dévouement, ajoutons de talent, de science ou de découvertes, ils arriveront à maintenir à son rang la science nationale, mais ils n'empêcheront jamais les nations étrangères d'aller apprendre la dermatologie à l'Hôpital Général de Vienne et de perpétuer dans leurs pays respectifs la suprématie de son École, aussi longtemps que persistera la différence que nous avons signalée.

VI

A Lyon, les choses se passent autrement, mais la défectuosité est à peu de chose près la même. Nommé au concours comme à Paris, le chirurgien dermato-syphiligraphe ne doit rester en fonctions que pour un temps fixé à l'avance. Après ce laps de temps, il est obligé de laisser la place à un autre. Entré de bonne heure à l'hôpital, il l'abandonne dans toute la force de son talent, alors qu'il pourrait faire des travaux fructueux, compléter les connaissances déjà acquises, se perfectionner dans une spécialité à laquelle il a consacré le meilleur de son temps, et au moment même où, mûri par l'étude et l'observation, il serait dans les meilleures conditions pour se livrer soit à l'enseignement particulier, soit à la publication de livres ou d'articles sur la branche spéciale qu'il a étudiée. N'ayant plus désormais de champ hospitalier d'observation, il se laissera absorber par la pratique, spéciale si l'on veut ; mais il n'aura plus cet entraînement ni cette émulation que donnent seuls la vie hospitalière, le contact des élèves et le conflit avec les collègues, etc.

Dans ces dernières années, on a amélioré les fonctions du chirurgien de l'Antiquaille. Après sa nomination, il prend pendant six ans (avec le titre de chirurgien-major désigné) le service des enfants scrofuleux et teigneux des deux sexes. Après ce laps de temps, il devient chirurgien en chef de l'Antiquaille. — service comprenant toutes les salles d'hommes syphilitiques ou vénériens, ou atteints de maladies de la peau ; il n'a pas de salles de femmes. Les six années écoulées, il passe chirurgien de l'hôpital des

Chazeaux (annexe de l'Antiquaille), dans lequel, par contre, il n'a plus d'hommes. Son nouveau service est constitué : 1° par une crèche ; 2° par les filles publiques envoyées par le bureau des mœurs ou par celles qui volontairement viennent se faire soigner pour des accidents vénériens ou syphilitiques, et 3° par des femmes affectées de dermatoses. Ces dix-huit années ainsi employées, le chirurgien de l'Antiquaille quitte l'hôpital pour toujours. Il y a donc en même temps trois chirurgiens en fonctions qui passent de six en six ans dans les trois services que nous avons énumérés. C'est un sexennat.

Depuis la création de la Faculté de médecine, un nouveau service a été établi, et cette fois dans d'excellentes conditions. Il se compose de salles d'hommes, de femmes et d'enfants, soit syphilitiques ou vénériens, soit atteints de maladies de la peau. On a aussi annexé à ce service une salle de cours, un laboratoire, une bibliothèque et un musée (renfermant non seulement les pièces principales du Musée dermatologique de Saint-Louis, mais encore les dessins des cas les plus remarquables observés à l'Antiquaille). Comme on le voit, cette installation laisse aujourd'hui peu de chose à désirer. M. le professeur Gailleton, auquel on est redevable de cette organisation, est à la tête de cet important service, et fait deux fois par semaine des cours cliniques et théoriques sur les deux spécialités, et à des heures qui permettent à tous les étudiants d'y assister, à midi en hiver, et à sept heures en été. Ajoutons que les trois autres chefs de service de l'Antiquaille (MM. Dron, Horand et Aubert) font également, pendant le semestre d'été, des cours libres sur la dermatologie ou la syphiligraphie. A la vérité, tous ces cours sont suivis, mais ils le seraient bien davantage si, comme à Vienne, les leçons se trouvaient échelonnées aux différentes heures de la journée. Notons enfin qu'à Lyon, les deux spécialités se trouvent toujours réunies dans les mêmes services ; il est vrai que la vénéréologie et la syphiligraphie prédominent considérablement, sous le rapport du nombre.

VII

A Vienne, rien de tout cela. Pour montrer, d'un trait, la différence, il suffit de suivre un instant la carrière du professeur Hebra ; docteur en 1841, il est, quatre ans après, nommé médecin ordi-

naire d'une division pour les maladies de la peau, à la tête de laquelle il restera jusqu'à la fin de sa vie, c'est-à-dire jusqu'en 1880, chef de ce même service, après avoir été successivement nommé professeur extraordinaire et professeur ordinaire. Est-ce à dire que, occupant ces fonctions pendant près de quarante ans, il ait tenu la carrière fermée et que personne n'ait pu, à côté de lui, cultiver, pratiquer, ni enseigner la pathologie et la clinique dermatologiques? Loin de là! N'est-ce pas à Vienne que se trouve cette pléiade de dermatologistes distingués, Auspitz, Neumann, etc., professeurs extraordinaires de dermatologie, qui tous font des cours cinq fois par semaine, sans compter ceux qui sont faits régulièrement par l'agrégé et l'assistant du service de Kaposi?

On comprend que, se consacrant dès le début de sa carrière à la dermatologie, tout médecin ayant un fonds solide d'études générales doive marquer son passage dans cette branche spéciale et, ce qui est plus important, la faire progresser. On comprend que les médecins étrangers se groupent autour d'un personnel dermatologique normal, éprouvé, organisé, tout entier à son œuvre et à sa tâche ; on comprend qu'ils affluent là où ils sont certains de trouver ce qu'ils savent ne pas rencontrer ailleurs.

Nous n'ignorons pas qu'on nous répondra que soit à Saint-Louis, soit à l'Antiquaille, les médecins et les chirurgiens de ces hôpitaux ont presque tous signalé leur séjour par des œuvres sur lesquelles l'oubli ne saurait se faire, et que les noms d'Alibert, de Biett, de Cazenave, de Devergie, de Bazin, de Hardy, etc., à Paris, de Baumès, de Diday, de Rodet et de Rollet, etc., à Lyon, sont inscrits dans le livre d'or de la dermatologie et de la syphiligraphie. Nous n'ignorons pas que c'est à eux et à leurs successeurs actuels que l'on doit une bonne part des progrès réalisés dans ces deux branches sœurs de la médecine.

Mais, ajouterons-nous, que n'auraient pas donné ces mêmes hommes, si au lieu de quelques années, ils avaient, comme Hebra, passé leur vie entière à la tête d'un grand service spécial?

Que n'auraient-ils pas fait pour l'enseignement et pour les progrès de la dermatologie, s'ils avaient été encouragés, soutenus, organisés, et pourvus de tout ce qui est nécessaire au savant, au professeur et aux élèves!

VIII

Nous en avons dit assez pour éclairer complètement l'opinion sur une situation que l'avenir seul peut modifier d'une manière profonde. Nous avons montré, dans une de ses parties, le vice radical de l'organisation actuelle de l'enseignement de la médecine spéciale dans notre pays, en ce qui concerne la dermatologie. Le vice est le même dans toutes les autres branches de la médecine spéciale, le même dans la médecine générale dont l'enseignement pratique est fait, en réalité, non par l'Université, mais par les médecins des services hospitaliers, à titre privé, libre, et sans aucune espèce d'organisation du personnel enseignant, ni de la matière de l'enseignement! Que de choses à dire sur tout cela! Et le moment n'est-il pas venu de faire la lumière sur toutes ces questions qui intéressent si gravement l'avenir de la médecine, l'honneur et l'intérêt du pays?

Puissions-nous être suivis dans la voie que nous ouvrons! Puisse une agitation salutaire ébranler notre vieille organisation médicale jusque dans ses fondements, et restituer de ce côté à notre pays la place et le rang qu'il n'a pas conservés!

Cette partie de notre tâche est terminée. Pour accomplir notre devoir jusqu'au bout, il nous suffira de dire en quelle manière et de quelle façon il serait possible, au moins à titre provisoire, de pallier, en ce qui concerne les étudiants français, les vices d'organisation les plus nuisibles de l'enseignement de la dermatologie.

Nous avons montré plus haut que le champ d'études était aussi large que possible et que la matière dermatologique était abondante jusqu'à l'excès.

Nous avons rappelé également que malgré l'absence de tout encouragement, malgré le défaut de toute organisation d'ensemble, l'hôpital Saint-Louis possédait, en fait, un personnel enseignant plein de zèle et d'activité, ayant fait largement ses preuves, et toujours à la disposition du public médical et des élèves.

Les élèves! Mais voilà où la plus extraordinaire situation se présente!

Aucun élève de la Faculté de Paris n'est obligé de faire acte de présence, même un jour, à l'hôpital Saint-Louis, unique établis-

sement où il puisse apprendre la dermatologie ; seuls, quelques élèves des hôpitaux (externes, internes) indispensables pour les nécessités matérielles et administratives du service nosocomial, sont désignés chaque année, non pas d'après leurs aptitudes ou après des études spéciales, ni pour une destination particulière, mais à leur choix dans les règles ordinaires du rang ou de l'ancienneté. Chaque service reçoit un interne et quatre élèves externes, soit en tout pour les six cents malades de l'hôpital, six internes et vingt-quatre externes! Voilà tout! De temps à autre quelque élève stagiaire se fait inscrire dans l'un des services; mais, trop souvent, son but principal est d'obtenir un certificat attestant qu'il passé quelques mois à l'hôpital Saint-Louis ; si le chef de service exige de tous les stagiaires la présence réelle et le rôle effectif, il peut être assuré de voir ceux-ci disparaître rapidement de sa division. Telle est la règle ; rares sont les exceptions.

Quels sont donc les assistants, relativement nombreux (on peut compter une moyenne quotidienne de cent à deux cents) qui se partagent entre les diverses cliniques officielles ou libres de l'hôpital? Ce ne peuvent être les internes des hôpitaux (l'élite de notre corporation dans sa fleur) ; tous, à l'heure où se font nos leçons, sont retenus par les exigences des divers services auxquels ils sont attachés dans les hôpitaux disséminés *intra* et *extra muros ;* il en est de même pour les externes des hôpitaux, ou encore pour le groupe moins régulier des stagiaires de la Faculté.

Et il en sera ainsi chaque année (que l'on veuille bien le remarquer), pendant toute la scolarité, de sorte que si l'étudiant, arrivé à la fin de ses années d'externat ou d'internat, n'est pas assez riche de temps ou d'argent pour prolonger la durée de son séjour à Paris, il ira exercer la médecine pratique sans avoir jamais appris la dermatologie ! Ce cas est malheureusement celui de la grande majorité des médecins formés par l'organisation actuelle.

Ceux qui assistent à nos cours sont d'ordre très varié; on y compte à la fois des étudiants amateurs que l'objectivité et le pittoresque de nos études attirent et distraient, des pharmaciens médecins qui viennent prendre une teinture de pratique dermatothérapique, et qui recueillent religieusement nos moindres formules; des élèves en médecine en rupture momentané d'externat ou de stage (mais au moins pour un motif louable); enfin des

élèves en médecine dont la scolarité est terminée, ou qui sont libérés des exigences réglementaires, et qui viennent, tout spontanément, avant de quitter Paris, s'instruire en dermatologie. Joignez à cela un certain nombre de jeunes médecins d'avenir fixés dans la capitale, qui viennent, après la lettre, faire leur éducation dermatologique; puis quelques-uns de nos savants confrères des stations minérales, ou des stations d'hiver, voire même de l'étranger, qui nous font l'honneur de venir utiliser quelques heures de leur loisir, auprès de nous, durant leur séjour à Paris.

Bien difficile, on le voit, est, dans ces conditions singulières, la mission du professeur, obligé de parler à la fois à un public dont son expérience lui fait deviner la composition si étrangement variée, mais qu'il ne connaît en réalité pas, et dont les besoins sont essentiellement différents! Parmi ses auditeurs, les uns ignorent jusqu'aux premiers éléments de l'histologie normale ou pathologique, et n'ont aucune notion, même élémentaire, des choses de la dermatologie. Les autres viennent simplement pour apprendre pratiquement l'art de traiter quelques dermatoses; les autres enfin, versés à la fois dans la médecine générale et dans la médecine spéciale, espèrent trouver dans la parole du maître l'exposé des plus récents progrès, la discussion des méthodes thérapeutiques générales ou locales, ou des notions élevées sur la question, toujours magnifique même en ses obscurités, des doctrines médicales et des maladies constitutionnelles!

Assurément, rien de plus étrange ne peut être rêvé, rien de plus contraire aux progrès réels de l'enseignement dermatologique! C'est l'incohérence et le désordre portés à l'extrême!

Voyez, au contraire, si, comme cela devrait être, tout étudiant en médecine était tenu de faire un stage à l'hôpital Saint-Louis, après avoir satisfait aux exigences de l'éducation médicale générale, quel auditoire d'élite pour le professeur! quelle régularité et quel ordre il serait aisé d'introduire dans le plan, la nature, le degré des leçons qui seraient faites! Quelle émulation pour les professeurs! quel progrès pour la pratique de la médecine! quel bienfait pour la population! On ne verrait plus alors les médecins les plus savants ignorer l'art de reconnaître et de traiter la gale, le favus, la teigne tondante, la pelade, et vingt autres affections

cutanées qui sont, en vérité, lettre morte pour la majorité des praticiens de l'époque!

Ce que nous disons à propos de la dermatologie est également vrai pour les autres branches essentielles de la médecine spéciale, la vénéréologie et la gynécologie, la syphilologie, la médecine infantile, l'ophthalmologie et la laryngologie. Une seule année, convenablement dirigée et organisée, suffirait amplement pour compléter l'instruction médicale de tous les élèves, et pour relever, en dix années, au premier rang, la pratique de tous les médecins du pays!

IX

En ce qui concerne la dermatologie et notre hôpital Saint-Louis, plusieurs réformes sont indispensables, urgentes. Voici, en peu de mots, non le programme complet, mais un simple aperçu, un sommaire des réformes ou des créations de première et d'absolue nécessité :

La consultation externe, faite aujourd'hui dans un réduit misérable, opprobre véritable d'une grande capitale, sans organisation, sans personnel de service, avec la confusion la plus invraisemblable de toutes les maladies cutanées ou autres, deviendrait, avec un local convenable, une organisation appropriée, un personnel de service suffisant, et la sélection préalable des malades, une policlinique sans rivale (1). A elle seraient rattachés naturellement les traitements de la gale, des teignes, de la phthiriase (complètement soustraits aujourd'hui à la surveillance médicale), ainsi que d'une série d'autres affections cutanées qui ne nécessitent pas le séjour à l'hôpital et qui permettraient de donner, à côté de l'enseignement théorique, l'enseignement pratique le plus vaste qu'il soit possible de concevoir.

Au Musée dermatologique devrait être rattaché un institut dermatologique, comprenant un atelier de photographie et de dessin, des salles de travail, une bibliothèque spéciale (2), des collections d'histologie normale et pathologique, un laboratoire central d'his-

(1) (2) Ces desiderata, sont en partie, comblés aujourd'hui; l'hôpital Saint-Louis possède, à présent, de vastes salles de consultation, une bibliothèque dermatologique, et, dans le Musée, une magnifique salle de travail.

tologie, dont les chefs, pourvus des appareils et des moyens de démonstrations nécessaires, enseigneraient l'histologie cutanée normale et pathologique.

A chaque service enfin, communiquant directement avec les salles des malades, doit être rattachée une annexe, contenant une salle de cours, qui ne doit, à aucun prétexte, être disjointe du service, une salle de pansement, pour l'application des méthodes rapides et directes de traitement aux malades internes, ainsi que pour l'enseignement de la thérapeutique appliquée.

A ces conditions, mais à ces conditions seulement, l'enseignement de la dermatologie deviendra un enseignement fécond, digne de la grande cité qui est la capitale de la France, digne d'une époque et d'un régime vraiment démocratiques.

X

Pendant le cours de ces dernières années, la littérature médicale française s'est enrichie de nombreux travaux sur la dermatologie, parmi lesquels quelques-uns ont une importance reconnue et maintiennent parmi nous la science des maladies de la peau à un degré élevé; toutefois, depuis l'époque déjà éloignée à laquelle remontent les dernières publications de Bazin et de M. le professeur Hardy, il n'a pas été donné en France de Traité général des affections cutanées qui pût servir de guide classique à l'élève ou de guide pratique au médecin. Bien que cette pénurie (dont nous avons exposé en toute sincérité les raisons) soit momentanée et doive être remplacée dans un avenir plus ou moins prochain par une véritable richesse de Traités originaux, actuellement en préparation, il n'y en a pas moins une lacune considérable à combler dans le présent; aussi avons-nous pensé faire acte d'opportunité et œuvre d'utilité générale en donnant aujourd'hui une traduction *annotée*, *commentée et accompagnée d'additions nombreuses*, des remarquables *Leçons sur les maladies de la peau* du professeur Kaposi, c'est-à-dire de l'ouvrage le plus récent, le plus original et le plus pratique de la dermatologie allemande.

Cette publication ne fait pas double emploi avec l'œuvre considérable du professeur Hebra, dont l'un de nous a soumis antérieurement la traduction au public français; à l'heure présente,

en effet, la science marche à pas pressés, et il ne faut qu'un bien petit nombre d'années pour la mise au jour de faits nouveaux, de révolutions doctrinales et de progrès thérapeutiques. L'ouvrage de l'illustre fondateur de l'École dermatologique de Vienne, riche de faits, et de science bibliographique, reste le véritable *compendium* de la pathologie cutanée, et doit être entre les mains de tous ceux qui veulent faire de cette partie de la pathologie spéciale une étude approfondie. Mais, pour les étudiants, pour les médecins qui ont surtout besoin d'un livre qui leur donne l'état immédiat, *actuel*, précis et élémentaire de la science sur les différentes affections de la peau, aussi bien au point de vue nosologique que sous le rapport de l'anatomie pathologique, et de la thérapeutique appliquée telle que l'ont faite les plus récents progrès, il était nécessaire de produire un résumé complet et concis à la fois de l'état actuel de la dermatopathologie. Tel est le but que s'est proposé le professeur Kaposi, telle est la raison qui nous a déterminés à mettre ses *Leçons* sous les yeux du public français, qui possédera maintenant, dans son entier, l'enseignement de l'École de Vienne, aujourd'hui la plus célèbre et la plus en faveur, ainsi que nous l'avons exposé tout à l'heure.

Quelque importance que pût avoir déjà, à ce seul point de vue, la traduction de l'ouvrage allemand (dans notre pays où la grande majorité des médecins et des élèves ne connaît pas, ou ne connaît que très imparfaitement la langue allemande), nous avons cru devoir faire davantage encore, et ajouter au texte courant des notes nombreuses, des commentaires multipliés et des additions étendues. Nous avions, pour entreprendre cette tâche ardue et souvent ingrate, des raisons multipliées ; en voici quelques-unes.

Tout d'abord, s'il est vrai que l'on trouve dans les *Leçons* du professeur Kaposi un exposé assez étendu des travaux étrangers, il n'en est pas moins certain que la mention plus discrète des auteurs français nous faisait un devoir de mettre nos lecteurs à même de connaître et d'apprécier ce qui a été écrit dans tous les pays (y compris le nôtre) sur la dermatologie ; nous l'avons fait avec l'indépendance la plus entière et en nous plaçant au seul point de vue de l'intérêt de la vérité scientifique.

Personne ne l'ignore, malgré les modifications assez profondes que les dix dernières années ont apportées dans notre état scolaire, les études histologiques et anatomo-pathologiques sont

moins répandues en France qu'en Autriche, où depuis longtemps (à la grande gloire de ce pays !) elles font partie *véritablement* intégrante de l'enseignement classique à tous ses degrés et dans toutes ses branches, alors qu'elles restent parmi nous (à notre grand détriment !) l'apanage d'un nombre restreint. Nous ne pouvions omettre de tenir compte de cette différence entre les auditeurs du professeur et les lecteurs de notre traduction ; aussi avons-nous dû annexer aux descriptions du texte courant d'assez nombreuses additions, destinées à ne laisser subsister aucune obscurité sur certains points que l'auteur n'avait pas cru nécessaire d'exposer devant un public (faveur peu ordinaire aux professeurs de notre pays !) qu'il connaissait et qu'il savait, par avance, pourvu de toutes les notions préparatoires nécessaires. A cette partie de notre tâche nous avons attaché une telle importance, que nous avons maintes fois demandé assistance, pour la remplir au plus grand bien de nos lecteurs, à plusieurs des hommes éminents de notre pays qui cultivent ces deux branches de la médecine avec un succès si incontesté, soit à Paris, soit à Lyon. Sur plus d'un point, les renseignements que nos savants amis (1) ont bien voulu nous communiquer nous ont permis d'étendre ou de compléter les recherches des dermatologistes viennois. Bien plus, certaines parties importantes, telles que l'étude des affections parasitaires végétales, par exemple, ont été soumises par nous à une enquête nouvelle, à la fois clinique et histologique, dont nous avons produit les résultats.

Chacun sait aujourd'hui quelles différences profondes séparent l'École de Vienne (dont presque toutes les écoles étrangères ne sont actuellement qu'une émanation) de l'École de Paris et de l'École de Lyon, sous le rapport de la nosologie cutanée, de la doctrine dermatologique et de la philosophie thérapeutique ; nous n'avons pas besoin de dire que nous avons mis ces différences en saillie toutes les fois où cela était indispensable. Absolument libres de toute attache doctrinale, recherchant simplement la plus grande somme de vérités à laquelle on peut aujourd'hui

(1) Nous devons ici exprimer particulièrement toute notre gratitude au professeur Ranvier, et au professeur Renaut (de la Faculté de Lyon), à M. François-Franck, à M. Ernest Chambard et à notre ami et collaborateur de chaque jour, M. F. Balzer, qui nous a si activement assisté dans nos études nouvelles de dermatophytologie.

prétendre sur ces questions ardues, nous avons dû cependant, parfois, apporter quelque vivacité dans la discussion de ce que nous considérions comme contraire à la réalité des choses. Mais nous avons l'assurance de n'avoir jamais dépassé la mesure de l'indépendance scientifique, et nous avons la ferme confiance que les rapports cordiaux et affectueux que nous avons été jusqu'ici heureux d'entretenir avec le professeur Kaposi n'en seront pas altérés. Nous avons toujours pensé que c'était honorer un auteur et lui témoigner combien on le tenait en haute et particulière estime que d'exprimer à son égard, avec une égale franchise, la louange et la critique. Le soin extrême, l'attention incessante que nous avons apportés à donner une version française claire, précise et facile à lire du texte allemand (besogne, nul ne l'ignore, ardue entre toutes !) nous font espérer que nous avons toujours *traduit* et jamais *trahi* notre auteur. Mais il va sans dire que nous donnons, par avance, à notre éminent ami, acte de rectification si quelque erreur d'interprétation s'était produite, ce que d'ailleurs nous ne croyons pas.

C'est surtout dans le domaine de la thérapeutique que nous nous sommes attachés à poursuivre la discussion. Pour l'École dermatologique de Vienne, on le sait, la préoccupation essentielle, dominante, presque exclusive, est de traiter directement la lésion locale par les moyens les plus rapides et les plus actifs, sans se préoccuper de ce que nous appelons l'état constitutionnel des sujets atteints, la *nature* de la dermopathie, et surtout avec un dédain absolu, une négation formelle des phénomènes physiologico-pathologiques que de nombreuses générations médicales ont rapportés à la cessation ou au maintien de certaines dermopathies.

Pour nous, comme pour la généralité des médecins français, les affections cutanées ne doivent pas être toutes envisagées sous le même point de vue. Il en est (peu importe en ce moment leur proportion numérique relative) auxquelles le jugement sommaire et l'exécution immédiate s'appliquent incontestablement ; mais il en reste un certain nombre que le traitement local n'est pas toujours capable de guérir, et qui ne sont que l'un des éléments d'un état pathologique préexistant, général, éloigné, ou supérieur, qu'elles suffisent parfois, d'ailleurs (et c'est là un point capital en médecine pratique), à caractériser ou à démasquer. Nier ces

choses, c'est nier l'évidence, c'est jeter volontairement un voile sur une des plus grandes faces de la pathologie générale, de la pratique médicale. A maintes reprises, nous avons montré à quel point extrême était portée cette négation systématique de quelques-uns des plus grands principes de la médecine traditionnelle, et nous avons la ferme croyance que l'époque n'est pas éloignée d'un retour à des appréciations plus modérées. Puisse notre argumentation impartiale contribuer à ce résultat!

Mais si nous avons ainsi marqué avec insistance, et sans détour, ce que nous considérons comme l'erreur de l'École de Vienne, nous ne saurions reconnaître trop hautement combien sont nombreux et considérables les progrès apportés par Hebra et par ses disciples, par toute l'École de Vienne, dans la thérapeutique dermatologique, et particulièrement dans le traitement local, externe, mécanique, des affections de la peau. Initiés depuis longtemps, l'un et l'autre, à ces progrès dont nous nous sommes efforcés d'être les vulgarisateurs dans ce pays par l'enseignement ou par le livre, nous avons mis un soin particulier à guider nos lecteurs dans cette partie encore imparfaitement connue parmi nous de la thérapeutique dermatologique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Paris, avril 1881.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

GÉNÉRALITÉS

PREMIÈRE LEÇON

Rapports de la dermatologie avec la pathologie générale. — Son importance scientifique et pratique. — Histoire de son développement depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Messieurs,

L'étude des maladies de la peau, la dermatologie, ou plus exactement la dermato-pathologie, a pour but de nous initier à l'une des parties le plus importantes de la nosologie spéciale. Cette étude comprend aujourd'hui un ensemble très étendu de faits dont la réunion peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme formant un tout complet, mais qui reste lié aux autres branches de la médecine et surtout à la pathologie générale par des ramifications organiques très remarquables.

Voilà un premier point dont il faut avoir, dès l'abord, la notion bien précise pour abandonner immédiatement, si par hasard on l'avait conçue, cette idée qu'il ne s'agirait ici que de s'approprier, pour l'exercice de l'art, une certaine routine clinique et pratique. Vous serez bientôt, au contraire, en mesure de vous convaincre que l'étude des maladies de la peau devient, sous le rapport pratique, d'autant plus profitable et, sous le rapport scientifique, d'autant plus satisfaisante que l'on cherche et que l'on embrasse avec plus de soin les rapports et les analogies que ces affections ont avec les états physiologiques et pathologiques des autres organes, du système vasculaire et nerveux, de la

crase du sang et des humeurs et avec les différents états de l'organisme entier.

De plus, les phénomènes morbides qui ont leur siège dans la peau fournissent un point de comparaison et d'investigation très instructif par rapport aux processus pathologiques analogues des organes internes, puisque les premiers sont déjà accessibles durant la vie et *in flagranti facto* livrés à la perception de nos sens et à notre observation, tandis qu'on ne peut déduire les seconds qu'après la mort et à titre de processus isolés ou interrompus au milieu de leur évolution.

Ainsi donc l'importance de la dermato-pathologie se révèle sous un triple aspect : en premier lieu, elle nous apprend à connaître, à comprendre et à guérir les maladies d'un organe indispensable à la vie, *la peau;* en second lieu, par la démonstration des relations des dermatonoses avec les maladies des autres organes et systèmes, elle étend et complète nos connaissances sur la pathologie du corps humain en général; enfin, en nous montrant les phénomènes morbides qui sont directement accessibles à nos sens, elle contribue encore, de la manière la plus utile, à augmenter l'ensemble des notions de la pathologie générale et expérimentale.

Cette importance de la dermatologie est une conquête de la médecine moderne ; elle est née, à la fin du siècle précédent, de l'application à l'étude des affections cutanées de la méthode usitée dans les sciences naturelles, et elle s'est accrue davantage encore depuis dix ans sous l'influence des progrès que les recherches expérimentales et microscopiques ont réalisés dans l'anatomie et la physiologie de la peau, et dans son histologie pathologique.

Mais, il faut le reconnaître, le sol sur lequel la dermatologie moderne a pris naissance était préparé depuis longtemps ; et nous serons naturellement amenés, en traçant l'historique et la symptomatologie des maladies cutanées considérées isolément, à reconnaître les services rendus par les médecins des époques antérieures, en même temps que nous devrons, à l'occasion de beaucoup de dénominations anciennes que l'on conserve avec raison, exposer les idées qui y étaient autrefois attachées, et qu'il est nécessaire de connaître pour les bien comprendre.

Cette antiquité des premières notions dermatologiques se comprend aisément, en présence du caractère d'extériorité des affections tégumentaires, lesquelles frappent les personnes les plus étrangères à l'art, grâce à leur coloration spéciale et à leur aspect particulier; aussi il eût été vraiment extraordinaire que de semblables phénomènes aient été méconnus par les médecins qui, comme ceux de la Grèce, se préoccupaient très activement des actes les plus intimes de l'organisme

humain, et autant que l'état des sciences naturelles et surtout de l'anatomie pouvait le permettre à cette époque.

Dans l'Ancien Testament, on trouve déjà quelques indications sur diverses affections de la peau, des cheveux et des poils, contagieuses ou non, sous les noms de : *nega, bahereth, schehin, misepahat, zaraath.* Cependant, nous ne sommes pas à même d'interpréter exactement ces expressions dans le sens médical. Dans la traduction de la Bible des Septante et celles d'autres auteurs, *nega* et *zaraath* ont été traduits par lèpre et gale ; et l'opinion que le *zaraath* de la Bible signifie réellement la lèpre s'est maintenue jusqu'à nos jours dans la littérature médicale. C'est une erreur, ainsi que je l'ai déjà démontré, il y a plusieurs années. *Zaraath* dans le *Lévitique*, chap. 13, ne veut pas dire autre chose qu'une maladie de la peau maligne, difficile à guérir ou même tout à fait incurable, peut-être aussi une maladie contagieuse, et il est possible que l'on ait employé encore ce terme pour désigner la lèpre et même la gale, certainement aussi des plaies gangréneuses.

Dans les livres des médecins grecs, on trouve des notions et des désignations pathologiques plus faciles à reconnaître comme s'appliquant aux lésions morbides de la peau, en premier lieu chez Hippocrate, le contemporain de Socrate et de Platon (460-370 ? av. J.-C.). Ainsi sont les noms de ἐξανθημάτα (de ἄνθος, fleur, ἐξάνθειν, fleurir, *efflorescere*, fleurs de la peau), et ἐκθύματα et ἐκθύλατα pour fleurs de la peau, dartres cutanées, dermatoses en général, dans le sens générique, à peu près comme les expressions modernes les plus récentes employées encore aujourd'hui par les médecins et les gens du monde. En outre, φύματα, φυγεθλα, τερμίνθοι, ἐπίνυκτις, ανθραξ pour des tumeurs tubéreuses et inflammatoires de la peau ; λειχῆν, λόποι, λέπρα, πιτυρίασις, ψῶρα, pour des maladies sèches de la peau, avec desquamation de l'épiderme, accompagnées ou non de prurit, tandis que κνῆσμος, et κνιδῶσις étaient employés pour désigner les démangeaisons et les brûlures de la peau ; ἱδρῶα, pour les vésicules sudorales ; φλυκταῖναι, λυξάκια, φυδράχια, ἀχῶρες, κήριον, πόμφοι, pour les vésicules, les bulles, les éruptions cutanées sécrétantes et croûteuses ; ἑρπῆς, ἐσθιόμενοσ et κέγχριας, pour des affections du tégument, s'étendant par la périphérie, appelées « serpigineuses » superficielles ou creusant profondément ; ἀλφος, λευκή, μελας, ἐφήλιδες, pour des décolorations et des anomalies pigmentaires de la peau ; μαδίσιες, μαδαρῶσις et ἀλωπεκία, pour les diverses formes morbides de chute de cheveux ; ἀκροχόρδον, ἀκροθύμιον, μυρμήκιαι, ἴονθοι, pour les verrues et les boutons ; ερυσίπελας, φαγεδαῖνα, γαγγρηνα, ἐρυθήματα, πετέχιαι, pour des processus que l'on désigne ainsi encore actuellement ; χοίραδες, pour les ulcères scrofuleux. D'après ces textes, on ne saurait nier que déjà Hippocrate ait considéré certaines maladies de la peau comme des affections plus

ou moins importantes de cet organe, ayant une existence propre, comme un mal idiopathique et d'autres comme la manifestation ou l'expression de certaines affections internes, même générales et fébriles, comme des « apostases ». Il parle des éruptions dites critiques, qui terminent des maladies fébriles, il croit que des éruptions peuvent rétrocéder spontanément, ou à la suite de traitements sur des organes internes et les rendre malades; ou, au contraire, que des excrétions et déplétions, comme le flux hémorrhoïdal, peuvent débarrasser de certaines affections de la peau. Enfin, nous trouvons dans l'œuvre hippocratique de nombreuses données sur les causes des maladies cutanées ; pour quelques-unes d'entre elles, en effet, on admettait l'influence des humeurs cardinales ; pour d'autres, on invoquait les saisons, les variations de température, des particularités relatives à la direction des vents, à l'âge et au sexe.

Après Hippocrate, dont les œuvres formeront la base des études médicales pour des milliers d'années, Celse mérite d'être signalé pour le soin avec lequel il traita des maladies de la peau. Cet écrivain, incontestablement le moins abstrait des anciens auteurs médicaux, vivait à Rome environ de 53 avant J.-C. à l'an 7 après J.-C.; il a publié un ouvrage qui mérite d'être encore lu aujourd'hui : *Medicinæ libri octo* contenant, dans les IIIe, V^e^ et VIe livres un traité passablement substantiel et méthodique des maladies de la peau, en même temps que des idées théoriques. Dans ce traité qui a tenu le premier rang jusqu'au XVIIIe siècle, à la fois en raison des observations qu'il réunit et de la forme sous laquelle elles sont présentées, nous trouvons les classifications et les idées contenues dans les écrits d'Hippocrate, non seulement définies et rassemblées d'une manière concise, mais encore remplacées ou complétées par des noms latins nouveaux, usités encore aujourd'hui en grande partie; et la pathologie des maladies de la peau y est enrichie par des descriptions d'une exactitude que ne désavouerait pas la science moderne. Dans le IIIe livre, Celse retrace les caractères de l'éléphantiasis en des termes qui ne permettent pas de le méconnaître; dans le Ve livre il expose le traitement des plaies et des ulcères (*vulnera*, *ulcera*), et dans des chapitres spéciaux il jette les bases de la thérapeutique d'une série entière de maladies de la peau, telles que : *carbunculus*, *carcinoma*, *therioma* (*phagedæna*), *ignis sacer*, *ulcera ex frigore* (ulcère par congélation), *furunculus*, *phyma*, *phygethlon*, *abscessus*, *fistulæ*, *kerion*, *acrochordon*, *thymion*, *myrmekia*, *clavus*, *pustulæ*, *scabies*, *impetigo*, *papulæ*, *vitiligo;* dans le VIe livre : *de capillis fluentibus, de porrigine, de sycosi, de areis, de varis, lenticulis* et *ephelide;* dans le VIIe, *de condylomatibus*, *de varicibus*, *de gangræna.* La plupart de ces dénominations sont encore en usage aujourd'hui, quoique quelques-

unes d'entre elles aient reçu d'autres acceptions. C'est ainsi que Celse comprend sous le nom de *pustulæ* non seulement les efflorescences purulentes, mais encore l'urticaire et les vésicules sudorales; sous le nom de *scabies* une maladie prurigineuse s'accompagnant de squames et de sécrétion que nous connaissons à présent sous le nom d'eczéma. D'autres désignations et applications, telles que celles de *sycosis* pour une maladie des parties velues de la face, de *porrigo* pour la teigne, sont conservées encore actuellement ou l'ont été jusque dans ces derniers temps, sans oublier les noms ci-dessus pour les verrues, etc.

A cette même époque, Pline signale une maladie contagieuse de la peau nouvellement importée à Rome, la mentagre, et le même auteur indique, presque en même temps que Scribonius Largus, l'éruption en ceinture, sous le nom de *zoster* ou *zona*, tandis que d'autres auteurs et surtout Arétée, décrivent d'une manière surprenante l'éléphantiasis (la lèpre), affection qui, à cette époque, prit en Italie une plus grande extension.

Galien, qui vivait au II[e] siècle après J.-C., a reproduit avec force commentaires, dans ses œuvres excessivement développées, les matériaux fournis par Hippocrate et par Celse ; et c'est dans ses écrits que les auteurs des siècles suivants ont principalement puisé. Parmi ceux-là il faut surtout citer Aetius d'Amida (543 après J.-C.), qui le premier a employé l'expression d'ἐκζέματα; Paul d'Égine qui s'attacha, plus particulièrement à certaines maladies de la peau, Oribaze, Alexander Trallianus, Actuarius, lesquels, en décrivant les affections cutanées d'une manière précise, rendirent plus facile l'étude des anciens auteurs grecs.

Au milieu de la confusion politique et guerrière qui marque la fin de l'empire romain occidental et le commencement du moyen âge, les doctrines de la médecine grecque, et notamment celles sur les maladies de la peau, furent, en grande partie, abandonnées dans les pays où elles avaient été primitivement cultivées. C'est seulement à partir du VIII[e] siècle que nous les voyons de nouveau rendues à l'Occident indirectement par les Indiens et les Arabes et augmentées de nouvelles et importantes recherches.

Déjà dans les ouvrages médicaux des Indiens, *Charaka* et *Sushruta*, publiés entre le V[e] et le IX[e] siècle, outre les maladies de la peau mentionnées par les Grecs, nous trouvons décrites surtout les varioles, *másúriká*, sous leurs diverses formes et complications dangereuses; probablement aussi la rougeole mais spécialement la lèpre tubéreuse et anesthésique, *kushta* et *bátarakta*, ainsi que l'affection introduite plus tard en médecine sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*, la pachydermie, qui jusqu'alors était inconnue en Occident.

Les écrivains arabes Razès, Serapion, Ebn-Zor, Haly-Abbas ont toutefois fait progresser d'une manière remarquable et originale la connaissance des maladies de la peau par la communication de nouveaux faits, et par la transmission des doctrines grecques anciennes qu'ils ont utilisées. Avant tout, leur description des symptômes de la lèpre, *djudzam*, est restée comme règle pour les époque suivantes, ainsi que leur division de la lèpre en quatre variétés qui devaient évidemment correspondre aux quatre humeurs cardinales de Galien : la lèpre éléphantine provenant de la bile noire, la lèpre léonine de la bile rouge, la lèpre alopécique du sang, la lèpre tyria de la pituite.

En outre, l'*albarras* (*alba* et *nigra*) et la morphée, probablement identique au vitiligo, aux *leuke* et *melas* de Celse, paraissent encore appartenir à la lèpre.

Le *dal-fil* est la pachydermie, complètement inconnue des Grecs, représentant l'éléphantiasis des traducteurs arabes et ce qu'on a appelé plus tard l'éléphantiasis des Arabes.

Outre la variole et la rougeole, les Arabes décrivent, avec un soin remarquable, les maladies de la tête; Avicennes les appelle *sahafati*, identiques évidemment, étymologiquement, avec le *sapahat* des Hébreux; Haly-Abbas, au contraire, les nomme *alvathim*, dont le plus exact traducteur des Arabes, Stephan Antiochus, a formé le nom *tinea* encore en usage aujourd'hui, teigne de la tête (*Kopfgrind*); parmi les cinq variétés établies on reconnaît d'une manière distincte la teigne contagieuse, connue aujourd'hui sous le nom de *favus*. Enfin, Avenzoar parle de la gale vraie, avec mention de l'insecte qui lui est propre.

Les travaux assurément très estimables des Arabes ont été transmis aux médecins de l'Occident, traduits en latin, par les fondateurs et les continuateurs de l'École de Salerne, Constantin l'Africain, Roger, Roland, etc., dans l'intervalle compris entre le xe et le xive siècle. C'est ainsi que fut renouée la chaîne de la tradition des doctrines grecques; mais, en fait de maladies de la peau, c'était presque exclusivement de la lèpre que s'occupaient les écrivains du xie jusqu'à la fin du xve siècle : les Italiens, Vitalis de Furno, Guillaume de Salicet, Lanfranc, Montagnana; les Espagnols, Theodoricus, Villanova; les Anglais, Glanville, Gilbert, Gaddesden; en France, Gordon, Guy de Chauliac; en Allemagne, Hans Gersdorf, etc., car la lèpre s'était développée précisément dans les xiie et xiiie siècles comme une véritable épidémie générale, que les gouvernements et la société tout entière, ainsi que la médecine, cherchaient à combattre. Mais les médecins, dans leurs appréciations sur le caractère et le mode de traitement de la lèpre n'allaient pas au delà des notions qu'ils tenaient des Arabes et que l'École de Salerne avait mises en lumière.

Dans le cours du xve siècle, la lèpre avait graduellement disparu des contrées de l'Europe centrale. Par contre, vers la fin de ce siècle, il se produisit une nouvelle épidémie, *lues venerea*, connue plus tard sous le nom de syphilis. On avait donc l'occasion d'examiner les diverses affections de la peau qui sont spéciales à cette maladie. Mais, quoique le nombre des auteurs qui s'occupèrent de la syphilis, à la fin du xve siècle, et dans les premières dizaines d'années du xvie siècle, soit très considérable, et que l'on compte, parmi eux, des écrivains distingués tels que : Marcellus Cumanus, Musa Brassavole, Gabriel Fallope, Fracastor, etc., les travaux positifs de ces derniers, relativement aux manifestations syphilitiques de la peau, n'ont qu'une valeur insignifiante.

C'est seulement au xvie siècle que fut commencée une étude des dermatoses plus personnelle, et peu à peu plus indépendante des anciennes formules des Arabistes. Outre les éruptions syphilitiques que l'on pouvait étiologiquement et théoriquement comparer à la lèpre, on apprit encore à connaître, comme une espèce particulière de maladies dyscrasiques de la peau, le scorbut, la fièvre pétéchiale et les exanthèmes aigus contagieux. On tendait de plus en plus à traiter les affections de la peau comme telles dans le sens pathologique pur. C'est ainsi que Jean Manardus, donne, sous le titre de *lactumen*, une description exacte de la teigne humide de la face, ou croûte de lait des enfants à la mamelle; Gorræus, une synonymie lexicographique très pratique pour faciliter l'étude de la terminologie dermatologique; Blondus une monographie : *de maculis corporis*. On trouve dans Ambroise Paré des notions précises sur la variole ; dans Forestus, Schenk de Grafenberg, Montagnana, sur le pemphigus, la gale contagieuse et les différentes espèces de teigne. De plus, bon nombre d'auteurs soumettaient à une étude plus approfondie, sous le rapport étiologique et descriptif, les maladies de la peau déjà connues.

Tels sont les écrivains cités dans l'Aphrodisiacus de Aloy. Luisinus qui publièrent des dissertations sur la syphilis, à la fin du xve siècle et dans la première moitié du xvie siècle. Aussi, ne pouvons-nous être surpris, si, vers ce temps-là, il se produisit une œuvre plus importante, dans laquelle il était exclusivement question des maladies de la peau : cette œuvre est le Traité publié en 1572, d'après les leçons du Vénitien Hieronimus Mercuriali, par son élève P. Aicardius, *de morbis cutaneis*, le premier livre de dermatologie pure, dans lequel, cependant, on trouve peu de choses originales. L'auteur divise, comme Galien, les maladies de la peau : en celles de la tète, contenant les différentes formes de calvitie et de teignes, et en celles des autres parties du corps. Pour le reste, le travail de Mercuriali ne présente, en réalité, sous le

rapport descriptif et théorique, qu'un résumé des ouvrages de la médecine gréco-romaine et arabe.

A partir de cette époque, on voit augmenter le nombre des auteurs qui consacraient à la description des maladies de la peau, soit des chapitres spéciaux, dans des traités de médecine générale, soit enfin des monographies complètes et des ouvrages plus considérables. Je citerai, parmi eux, à la fin du XVIe siècle et dans le cours du XVIIe, outre Fernel, Vidus Vidius, Sennert, lequel parle d'une manière très détaillée de diverses affections de la peau et notamment des exanthèmes aigus. Döring, qui mentionne la scarlatine d'une manière évidente. Jean Dolæus, qui décrit déjà le lupus dans le sens moderne, mais surtout Hafenreffer, généralement connu, dont l'ouvrage, paru vers 1660, comprend toutes les maladies de la peau; ce dernier auteur parle aussi des insectes de la gale sous leur nom populaire (*Seuren*), ainsi que des commensaux parasites (*Mitesser*), *de cridonibus.*

Dans les ouvrages de médecine parus à la fin du XVIIe et au commencement du XVIIIe siècle, de J. Dolæus, de Sydenham, de van Swieten (Boerhave), de Haën, etc., nous trouvons des indications très intéressantes sur l'objet de nos études.

Mais, en tant que doctrine spéciale, systématique, la dermatologie ne s'est cependant développée qu'à partir de la deuxième moitié du siècle précédent. Déjà l'Anglais Daniel Turner avait ouvert cette période par un livre très important sur les maladies de la peau ; Astruc avait publié un grand ouvrage sur la syphilis et sur les dermatoses non syphilitiques; Sauvages, outre des détails pathologiques, avait donné des études historiques très remarquables, et Hensler, des recherches historiques sur la lèpre et la syphilis qui peuvent encore servir de modèle aujourd'hui.

Mais c'est surtout le grand ouvrage du Français Lorry : *Tractatus de morbis cutaneis*, publié à Paris en 1777, que nous devons, à présent, vous signaler d'une manière toute spéciale comme embrassant tout le domaine des maladies de la peau par l'importance de ses aperçus historiques et pathologiques, ainsi que par la forme classique des descriptions.

Dans l'ouvrage de Lorry, on trouve non seulement des commentaires complets et critiques sur les matériaux afférents à la dermatologie de ses prédécesseurs, en remontant jusqu'à l'époque hippocratique, mais encore une grande quantité de faits cliniques bien observés, bien exposés, et des descriptions de maladies rédigées d'une manière extrêmement exacte et logique, comme, par exemple, ce qui concerne les ulcères. En outre, il a étudié, d'une manière remarquable, la pathologie générale des maladies de la peau, et a dépassé de beaucoup

l'horizon étroit d'une simple description. A ce point de vue, Lorry, outre les caractères cliniques évidents des dermatonoses, indique leurs rapports avec l'anatomie et la physiologie de la peau, ainsi qu'avec l'organisme tout entier. Il les divise en idiopathiques et apostatiques, en générales et locales; il indique celles qui affectent certains éléments du tissu cutané, distingue celles qui résultent de causes générales ou locales, mécaniques ou toxiques, et étudie complètement les dermatonoses sous le rapport pathologique et thérapeutique, selon toutes les directions qui étaient ouvertes à cette époque à la science médicale.

Malgré les matériaux considérables et le caractère classique de ce traité, l'ouvrage de Lorry n'a pourtant que peu favorisé le progrès de la dermatologie chez le grand public médical ; pour lui, le livre était trop savant, et les extraits qu'on eût pu en faire auraient donné lieu à un labeur trop pénible.

En raison de ces circonstances, le petit livre de notre compatriote Plenck, paru à Vienne en 1776, a eu incomparablement plus de popularité. On y trouve toutes les maladies de la peau, d'après la forme et l'aspect sous lesquels elle se présentent aux yeux, désignées comme des productions naturelles arrivées à leur complet développement : *maculæ, pustulæ, vesiculæ, bullæ, papulæ, crustæ;* il les divise en quatorze classes, et sépare ensuite ces classes en cent vingt variétés, ce qui, en apparence, rendait le système extrêmement difficile à suivre. Mais tout ce qui concerne les classes et leurs subdivisions était défini d'une manière concise et concluante, à peu près comme dans le système de Linné, dans lequel les genres, espèces et variétés des plantes sont rangés d'une manière fixe, selon la nature et le nombre des étamines. C'est ainsi que la *Doctrina de morbis cutaneis* de Plenck s'imposa, comme un catéchisme, par des axiomes concis et commodes, comme un guide en apparence sûr, et on ne peut mieux approprié pour se familiariser avec les maladies de la peau.

Toutefois, aussitôt qu'on observa à nouveau ces affections au lit du malade, il fut facile de se convaincre qu'elles ne se présentaient pas sous des formes aussi fixes que l'indiquaient les définitions de Plenck, mais qu'elles offraient des phénomènes pathologiques très variables et méritaient, par conséquent, d'être rangées tantôt dans une classe, tantôt dans une autre. Ainsi, une affection qui se manifestait aujourd'hui à l'état papuleux, apparaissait peu de temps après sous forme de vésicules, plus tard encore sous l'aspect de bulles ou d'ulcères. En outre, il est fâcheux, que s'en tenant à la forme extérieure seule et non au phénomène pathologique intime, Plenck ait réuni dans une même classe des processus pathologiquement tout à fait différents, comme la gale et la variole, des exanthèmes aigus et des taches lenticulaires, la lèpre et

la *cutis anserina,* sans compter beaucoup de monstruosités pathologiques, telle que la gale syphilitique et autres semblables.

Mais l'exposition de ces idées précises sur les formes primitives des maladies de la peau n'en était pas moins un progrès d'une réelle valeur pour l'avenir des études dermatologiques en ce qu'elle supprimait, dans un sens et dans une mesure déterminés, l'arbitraire de la terminologie, en même temps qu'elle en facilitait la discussion.

Cette influence salutaire fut confirmée par cette circonstance que Robert Willan, dans son ouvrage qui a fait époque sur les maladies de la peau, s'était approprié le système de Plenck en le réduisant, il est vrai, à neuf ordres dont les titres sont : 1° *Papules;* 2° *Squames;* 3° *Exanthèmes;* 4° *Bulles;* 5° *Pustules;* 6° *Vésicules;* 7° *Tubercules;* 8° *Macules;* 9° *Excroissances.*

Avec le nom justement célèbre de Willan s'ouvre pour la dermatologie le commencement d'une ère nouvelle, créatrice et féconde. Dans son ouvrage et dans son atlas commencés en 1798, et continués après sa mort prématurée par son savant élève et ami Bateman, *Description and treatment of cutaneous diseases*, London, 1799, et *Synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement of Dr Willan*, London, 1815, Willan a non seulement fondé, et pour toujours, des descriptions très claires et très exactes, soit des maladies de la peau déjà connues, soit des dermatoses nouvellement observées par lui, mais encore il a fait progresser la pathologie et la thérapeutique des affections de la peau par ses études sur la marche de la maladie, et par l'indication d'une méthode rationnelle de traitement; enfin, par la simplification et la détermination de la nomenclature et de la synonymie basées sur la connaissance approfondie des anciens, il a créé une base solide et large pour l'étude ultérieure des dermatoses.

Bien que les ouvrages de Willan-Bateman aient dû exercer une influence réformatrice sur les médecins anglais contemporains, et, par de nombreuses traductions comme celles des Haneman, Sprengel, Blasius, etc., sur les dermatologistes des autres pays, cette action ne se fit cependant sentir que peu à peu d'une manière efficace.

Presque indépendamment de cette influence, il se produisit à ce moment, en France, un épanouissement rapide et remarquable de la dermatologie, lequel, provoqué et fortifié par les travaux précédents de Lorry, Sauvages, Roussel, Poupart, fut entretenu grâce au nombre considérable des malades de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, auquel sont attachés les noms célèbres d'Alibert, de Biett.

Alibert a régné sur la dermatologie, en France, pendant les trente premières années de ce siècle, par son enseignement oral, par ses ouvrages et par sa pratique. Sa classification, publiée dans un grand

ouvrage illustré à partir de 1806, était une classification naturelle. Les teignes et les dartres y occupaient une place importante. C'est seulement dans son dernier ouvrage paru en 1832 qu'il a fait quelques concessions évidentes à la méthode de Willan, dans l'exposé d'une nouvelle classification.

Biett, au contraire, s'est approprié le système de Willan et, tout en étant dans son enseignement moins brillant que son collègue Alibert, il a, grâce à ses leçons publiées en 1828 par ses élèves Cazenave et Schedel, exercé une influence ultérieure incomparablement plus fructueuse sur la culture de la science dermatologique.

Cela est plus vrai peut-être encore de Rayer dont l'ouvrage témoigne d'une connaissance exacte des travaux dermatologiques antérieurs; son *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1885, renferme, en outre, sous le rapport clinique, beaucoup de renseignements instructifs, même pour le lecteur actuel.

Par les travaux des auteurs que nous venons de citer, l'influence au delà des frontières de France de l'École française a atteint, s'il est permis de le dire, son point culminant en dermatologie. Toutefois la France a produit ultérieurement aussi une remarquable série de dermatologistes, parmi lesquels Hardy, Cazenave et Bazin ont été, à certains égards, de véritables créateurs.

La prééminence que son autonomie avait donnée à l'École française a entraîné avec elle dans le cours du temps un inconvénient inévitable : Elle s'est pendant un temps assez long cantonnée dans les limites que lui imposait la doctrine des crases, négligeant la voie nouvelle inaugurée par Hebra à l'aide de l'anatomie pathologique, de l'histologie et de la pathologie générale. Mais une fois quelle eut opéré son mouvement de conversion, sa marche en avant redevint rapide et fut couronnée de succès, grâce aux travaux excellents et aux efforts énergiques d'un nombre considérable de dermatologistes et d'histologistes ; dans ces dernières années, la France en a produit un grand nombre ; leurs recherches homogènes et adéquates à celles des autres nations, se reflètent en pleine lumière dans le recueil spécial dirigé par Ernest Besnier et A. Doyon.

En Allemagne, ce qu'on a fait en dermatologie autour de 1840 était de moindre valeur. Les auteurs anciens, sur les maladies de la peau : Peter Frank (1792) et Struwe (1829), ainsi que ceux qui les ont suivis, Riecke (1841), Schönlein et C.-H. Fuchs, se sont efforcés de faire prévaloir en dermatologie les théories de pathologie humorale qui dominaient les idées médicales alors régnantes. Cette tentative s'accuse d'une manière très marquée dans l'étude de Fuchs qui, au cours de son ouvrage en trois volumes sur les maladies de la peau, paru en 1840

attribua en partie sous l'impulsion des travaux de Willan et des Français, aux dyscrasies rhumatismales, catarrhales, érysipélateuses, etc., et à divers autres états de l'organisme, une influence considérable sur l'origine et le caractère de certaines maladies de la peau. En même temps il chercha aussi, comme Schönlein, à adapter à l'étude des dermatoses les méthodes dites naturelles déjà employées en botanique et en zoologie. Schönlein avait déjà signalé pour les maladies de la peau comme pour les plantes, une période de germination, de développement, de floraison, de maturité, de fructification et de dépérissement. L'exposé des familles morbides, des espèces, des sous-espèces, des genres, des variétés pour les maladies de la peau, parut à Fuchs un ordre logique. Les efforts faits pour satisfaire à toutes les directions possibles ont beaucoup compliqué le système de Fuchs, et l'ont rendu difficile à comprendre, inconvénient encore augmenté par les innovations de sa nomenclature.

Avec ce désir immodéré du naturel, la doctrine de Fuchs-Schönlein est certainement devenue la plus artificielle et la moins naturelle de toutes ; aussi n'a-t-elle eu aucune influence digne d'être ici mentionnée.

Cependant, on avait réalisé dans les sciences naturelles médicales un grand progrès, qui, d'un côté, permettait de rejeter les idées ontologiques et les théories de pathologie humorale, et, de l'autre, offrait à la dermato-pathologie une nouvelle voie et une base positive. On avait constaté que l'insecte de la gale, connu déjà depuis des siècles et dont la présence avait été récemment confirmée, que les champignons dans la muscardine, et dans le favus chez l'homme, étaient des causes de maladies tout à fait indépendantes du sang et de la nature des humeurs, causes, par conséquent, absolument inconciliables avec la doctrine des crases, puisqu'elles agissaient en rendant la peau malade d'une manière identique chez tous les individus.

Puis, certains phénomènes morbides accomplis sur le tégument se trouvèrent plus facilement compris à mesure que l'on connaissait mieux les rapports histologiques et les fonctions physiologiques de la peau. Outre les glandes sébacées connues depuis Malpighi, dont Morgagni, Boerhave et Cotunnio s'étaient servis pour expliquer la formation des efflorescences dans les maladies de la peau, on avait appris ce qui concerne la structure des glandes de la sueur par les recherches de Breschet, Roussel de Vauzème (1834) et Gurlt. Wendt et Henle avaient clairement expliqué la structure de l'épiderme; Berres et Fohmann la nature et la distribution de la lymphe et des vaisseaux sanguins; Kölliker avait démontré l'existence des fibres musculaires organiques qui entourent les glandes cutanées; Wagner et Meissner la terminaison

des nerfs dans la peau; tandis que les recherches de Favre, Schottin, E.-H. Weber, etc., avaient démontré d'une manière plus nette les diverses fonctions de la peau et notamment les fonctions de secrétion.

Un esprit nouveau, des tendances nouvelles animaient et dirigeaient les études médicales pendant ces quarante années. On rejeta les théories *a priori*, et, par suite, la doctrine fut débarrassée de la mission ingrate de lui subordonner les faits. L'anatomie pathologique devint la base des études médicales. Elle représentait la notion intégrale des faits copiés sur nature, tels qu'ils sont créés par les modifications de tissu amenées par le processus morbide. Leur intelligence complète réclamait logiquement l'observation du cours de la maladie non modifiée par l'action thérapeutique ainsi que l'étude physique des symptômes. La première a été instituée par Rokitansky, la dernière par Skoda, qui sont ainsi les fondateurs principaux de la nouvelle école et spécialement de l'École de Vienne.

Ce que ces deux esprits créateurs ont fait pour la pathologie en général, leur élève, notre maître, dont le souvenir est impérissable et qui nous a quittés trop tôt, Ferdinand Hebra, l'a fait spécialement pour la dermatologie, et il est devenu le créateur de la nouvelle école dermatologique qui porte son nom.

Sans s'arrêter aux formules anciennes, Hebra prit pour base de ses recherches dermatologiques la série des faits pathologiques bien démontrés par Rokitansky tels que l'hyperhémie, l'inflammation, les néoplasmes, l'hémorrhagie, etc. D'autre part, suivant l'exemple de Skoda, il fit cette étude, en appelant à son aide l'expérimentation, c'est-à-dire en provoquant artificiellement des maladies de la peau, qu'il soumettait à l'observation, et dont il enregistrait les modifications que certaines influences, y compris même la thérapeutique, occasionnaient dans le cours normal de ces affections. C'est ainsi que Hebra arriva d'abord à établir l'indépendance de beaucoup de dermatoses, put démontrer l'inanité des prétendues dyscrasies *psoriques*, *herpétiques*, *scrofuleuses*, *arthritiques* et autres considérées autrefois comme causes de toutes les maladies de la peau, et entrer dans une voie exempte de préjugés en ce qui concerne le traitement de ces maladies.

Guidé par une connaissance approfondie de la littérature scientifique, il soumit à une saine critique le vaste ensemble des matériaux de la tradition dermatologique, rejetant ce qui était inutile, consolidant ce qui était bon, séparant et caractérisant nettement et pour toujours les groupes et les formes de maladies, de façon à rapprocher par les points de contact naturels ce qui avait été séparé à tort, à déterminer toute une série de formes morbides jusqu'alors inconnues, à réformer, enfin, et à reconstituer la nosologie et la nosographie cutanées. Sur cette base

positive fondée par lui de toutes pièces, Hebra édifia la doctrine des dermatoses d'après une méthode et avec une précision qui, sous beaucoup de rapports, rapprochent la dermatologie des sciences naturelles exactes.

D'autre part, le traitement des maladies de la peau institué sur ces données fournit des succès dont on n'avait auparavant aucune idée. La thérapeutique, qui jadis flottait entre tous les préjugés, toutes les fantaisies, à l'ombre du plus complet arbitraire, devint pour une grande partie des dermatonoses, une médication raisonnée et sûre du succès. Elle s'appuyait, en effet, sur la connaissance exacte des maladies, de leurs causes, ainsi que sur l'action physiologique des médicaments établie expérimentalement. Si l'on se rappelle enfin la puissante influence personnelle que Hebra a exercée dans l'application de sa doctrine comme professeur et comme écrivain, par la clarté et la logique de son enseignement oral et de ses écrits, et comme médecin, praticien et clinicien, par un don de précision qui allait presque jusqu'à l'infaillibilité, non moins que par sa promptitude dans le diagnostic et l'efficacité de ses méthodes de traitement, alors on comprendra que la doctrine nouvelle ait, en peu de temps, attiré à elle le plus grand nombre des médecins et des étudiants. Scientifiquement satisfaisante, ouverte à tous les progrès, confirmée brillamment dans la pratique, la doctrine nouvelle ne tarda pas à être acceptée comme régulatrice et à devenir manifestement prédominante dans ses principes fondamentaux.

La doctrine de Hebra fut formulée dès l'année 1844 dans sa dissertation célèbre sur la gale, renfermant non seulement des faits qui firent sensation, mais montrant déjà clairement les idées principales qu'il considérait à titre général comme capables de systématiser la pathologie cutanée. Malgré les tempêtes de colère, de doute et de contradiction que ce travail souleva dans le camp des doctrinaires héréditaires, Hebra tint ferme le drapeau de la doctrine nouvelle, celle de l'observation des faits, et se défendit courageusement contre des attaques sans nombre.

En 1845, Hebra publia sa classification des maladies de la peau, qui a pour base l'anatomie pathologique. Il divisa, d'après ce principe, les dermatoses en douze classes, qui correspondent aux altérations principales que Rokitansky avait prises pour base de la pathologie des tissus en général.

Ce sont :

I[re] classe Hyperhémies cutanées;
II[e] — Anémies cutanées;
III[e] — Anomalies de sécrétion des glandes de la peau;

IVe classe Exsudations;
Ve — Hémorrhagies de la peau;
VIe — Hypertrophies;
VIIe — Atrophies;
VIIIe — Néoplasmes;
IXe — Pseudoplasmes;
Xe — Ulcérations;
XIe — Névroses;
XIIe — Parasites (Dermatoses parasitaires).

Cette classification, incontestablement scientifique, très simple et certainement susceptible d'une simplification ultérieure, qui marqua dès l'abord sa place déterminée à chaque modification pathologique de la peau, a permis à son auteur de coordonner et de distribuer en groupes naturels les processus morbides si variés que l'anatomo-pathologiste et le clinicien ont journellement à constater en dermatologie. De même que la notion des altérations anatomo-pathologiques s'était imposée partout comme base essentielle et positive des études cliniques, de même le système de classification de Hebra par rapport à la dermatologie a été, depuis cette époque, presque partout adopté, soit intégralement, soit avec des modifications insignifiantes, mais toujours, au moins, dans ses caractères principaux, même là où, sous d'autres rapports importants, on demeurait en dissidence avec l'École de Hebra.

Indépendamment de la réforme théorique dont on lui est redevable, Hebra a notablement favorisé le développement matériel de la dermatologie, grâce au nombre extraordinairement considérable des malades qu'attiraient son nom et sa clinique, grâce surtout à la manière fructueuse dont il savait en tirer parti au double point de vue thérapeutique et didactique. Parmi ses nombreux travaux, nous rappellerons surtout son grand Atlas des maladies de la peau, publié en collaboration avec Elfinger et Heitzmann, et qui n'a pas été dépassé pour la perfection artistique et l'exactitude des dessins; puis son Traité des maladies de la peau (dont nous avons été très heureux de pouvoir rédiger la deuxième partie); ces deux ouvrages constituent incontestablement, pour les médecins actuels, les moyens d'instruction les plus complets pour l'étude de la dermatologie.

Hebra a exercé une influence aussi heureuse comme professeur que comme écrivain. Dans ses cours auxquels se pressaient, il y a plus de trente ans, des médecins de tous les pays, des milliers d'entre eux non seulement ont recueilli le riche trésor de sa grande expérience clinique libéralement transmise, sans réserves aucunes, mais surtout se sont initiés aux méthodes classiques de l'École de Vienne. Tous ont

pu se rendre compte des processus morbides de la peau et apprécier la valeur du diagnostic objectif et de la thérapeutique rationnelle; puis les uns ont appliqué ces méthodes dans la pratique pour le bien de l'humanité souffrante ; les autres, en disciples convaincus et fidèles, les ont, à leur tour, transmises comme une semence féconde, à d'autres néophytes plus jeunes des pays les plus éloignés.

Enfin, il nous serait impossible de taire que Hebra, en ne considérant point son œuvre monumentale comme complètement terminée, en a favorisé l'achèvement et le perfectionnement de la manière la plus efficace, en venant incessamment en aide, soit par le conseil, soit par une assistance réelle, à chacun des nombreux disciples qui étaient avec lui en communion d'idées, de travaux et d'efforts. C'est ainsi que le maître devint, aussi longtemps qu'il fut parmi nous, le chef respecté de disciples scientifiques, qui, ici comme de l'autre côté de l'Océan, ont consacré tous leurs efforts au développement de la dermatologie selon l'esprit de l'École de Vienne, qui portera à tout jamais le nom de son fondateur.

Si je me suis attardé aussi longtemps dans cette étape du développement historique de notre doctrine, et si, en même temps, j'ai porté au premier plan la personnalité de Hebra, ce n'est pas pour me placer, en quelque sorte, ici sous son égide et sous ses auspices; c'est parce que le progrès moderne des études dermatologiques est son œuvre la plus personnelle et qu'il est impossible de séparer l'œuvre de son auteur.

Mais, nous ne répondrions ni à la vérité, ni aux traditions de notre École, si nous omettions de dire que, depuis quarante ans, il s'est produit des travaux très précieux dans cet ordre nosologique, soit sous l'inspiration de Hebra, soit en dehors de notre École. Je ne mentionnerai, parmi les Allemands, que Bærensprung et G. Simon; sans négliger la clinique, ces auteurs si riches en vues originales ont pris pour objet principal de leurs très remarquables études, l'anatomie pathologique de la peau; puis je nommerai les auteurs scandinaves Bœck et Danielssen qui ont porté, les premiers, la lumière sur l'obscure question de la lèpre et ont trouvé dans une série de jeunes travailleurs de dignes continuateurs. En Angleterre, ce sont surtout les côtés cliniques et pratiques de la dermatologie qui ont rencontré des promoteurs zélés dans des écrivains tels que : Plumbe, Anthony Todd, Thompson, Jonathan Green, Erasmus Wilson, Tilbury Fox et beaucoup d'autres encore dont l'activité s'est manifestée dans ces derniers temps. Dans l'Amérique du Nord, et particulièrement durant ces dernières années, les études dermatologiques sont devenues florissantes avec une vigueur étonnante d'originalité et de fécondité, et sont actuellement cultivées par un nombre considérable de médecins, en grande partie élèves de l'École de Vienne.

Le vif intérêt que nos collègues italiens ont manifesté dans ces dernières années pour notre doctrine est un fait que nous constatons avec plaisir.

L'importance de la dermatologie est devenue aujourd'hui évidente pour les praticiens et pour les pathologistes. En conséquence, on a créé des chaires de dermatologie dans beaucoup de pays et de nombreux spécialistes ont fait progresser la dermatologie par des travaux et des œuvres considérables; je me réserve de vous les faire connaître à l'occasion de leurs travaux spéciaux sur la pathologie des diverses maladies de la peau. Au nombre de ceux-ci on compte les noms les plus célèbres et particulièrement ceux sortis directement de l'École de Hebra, les dermatologistes qui ont produit des travaux féconds en Allemagne et en Autriche ; il serait impossible d'en faire ici l'énumération complète.

Par suite du développement dela pathologie générale au cours de ces cinquante dernières années, la dermatologie n'a plus été cultivée uniquement par ceux qui s'y étaient spécialement voués; les plus célèbres anatomo-pathologistes, histologistes, médecins et chirurgiens ont apporté leur contribution directe ou indirecte au progrès de la dermatologie; j'aurai maintes fois l'occasion de vous le montrer.

Dès l'abord, la révélation de la nature parasitaire de certaines dermatoses avait éveillé l'attention des botanistes, spécialement des mycologistes et des zoologistes, dont les méthodes exactes de recherches transportées dans la dermatologie ont rendu les plus grands services. Préalablement, même, les études faites pour interpréter exactement l'inflammation, la suppuration et les processus qui se produisent en même temps dans les organes de la circulation et dans les divers tissus, avaient montré à quel point la peau est un intéressant objet d'étude, aiusi que cela ressort, par exemple, de la dissertation de Henle, parue il y a environ quarante ans, *sur la formation du mucus et du pus et leurs rapports avec l'épiderme*. De leur côté, les chirurgiens étudiaient dans la peau les processus qui les intéressent le plus, la guérison des plaies, la granulation, la formation des cicatrices et de l'épiderme. Puis, en même temps que l'anatomie pathologique moderne cultivait essentiellement l'histologie pathologique et cherchait dans cette voie des éclaircissements sur les changements de tissu amenés par l'inflammation, et notamment sur le caractère et l'origine des néoplasmes, elle s'adonna aussi activement à l'étude des inflammations et des néoformations cutanées. L'histologie physiologique et l'histoire du développement, l'embryologie, qui est la base de l'histologie pathologique, ne pouvaient rester plus longtemps isolées des études générales, puisque c'est seulement par elles que l'on peut avoir la clef de bon nombre de

néoplasmes et de tumeurs. Beaucoup de troubles fonctionnels de la peau, parmi lesquels ceux qui dépendent du système nerveux sont les plus intéressants, ont appelé l'attention sur la physiologie de la peau, la distribution et les fonctions des nerfs cutanés, notamment des nerfs sensitifs et vaso-moteurs, sécrétoires et des nerfs trophiques dont l'existence est encore mise en question. Vous voyez donc notre champ spécial s'étendre de plus en plus, au point d'embrasser presque toute la pathologie générale dans laquelle la dermatologie envoie ses ramifications organiques, la partie et le tout prospérant par les emprunts qu'il se font mutuellement.

Considérée à ce point de vue, la dermatologie ne vous apparaîtra plus comme une branche détachée des études professionnelles générales, moins encore sous l'aspect d'une routine à acquérir, mais dans le sens élevé où je vous l'ai présentée en commençant, comme le complément désirable et nécessaire de votre instruction médicale et l'auxiliaire indispensable de votre pratique. Aussi vous aborderez avec zèle et avec confiance l'étude des maladies de la peau, secondés dans cette intéressante recherche par les connaissances que vous avez déjà acquises en médecine.

Je commencerai dans la prochaine leçon l'étude de la pathologie générale des maladies de la peau.

DEUXIÈME LEÇON

Caractère général des processus pathologiques de la peau. — Analogie essentielle de ces processus avec ceux des autres organes et tissus. — Ils présentent toutefois des caractères spéciaux. Leur caractère particulier se rattache à l'anatomie spéciale de la peau, aux symptômes propres et aux causes des maladies cutanées. — Anatomie de la peau et de ses annexes.

Les processus morbides que l'on observe sur la peau de l'homme ne diffèrent en rien quant à leur nature de ceux qui affectent les autres organes du corps humain; ce sont, dans le sens le plus large, des phénomènes de nutrition et de fonctions modifiées quantitativement et qualitativement. La peau ne constitue pas un simple *involucrum corporis humani;* c'est bien plutôt un organe à structure très compliquée qui est en connexion par sa base avec les fascia, et qui, par les plexus vasculaires et lymphatiques, par les filets nerveux qui s'y ramifient et y rayonnent, se relie organiquement avec les centres de nutrition et d'innervation de l'organisme. C'est donc un organe soumis aux condi-

tions de vie végétative et fonctionnelle de tous les autres organes et tissus du corps humain; aussi les altérations de nutrition et de fonction de la peau, c'est-à-dire ses divers états morbides, ne se manifesteront pas d'une manière essentiellement différente de celle qui est propre aux autres organes et tissus.

En réalité la peau, comme tous les autres organes, ne peut devenir malade que d'après le scheme connu, c'est-à-dire l'hyperhémie, l'hyperplasie, l'inflammation avec ses suites habituelles, résolution, suppuration, gangrène, l'atrophie, la dégénérescence des tissus, les néoplasmes, névroses, etc. Dès lors, suffisamment initiés, ainsi que nous le sommes, à la pathologie générale et à l'anatomie pathologique, nous ne rencontrerons dans les processus morbides de la peau que des phénomènes connus.

Et cependant, avouons-le, les dermatoses font incontestablement l'effet de quelque chose de spécial, de nouveau, ce qui en rend la connaissance et l'analyse difficiles et impose l'obligation de les étudier d'une manière particulière.

Cette apparente contradiction tient tout d'abord à ce que la peau est un organe d'une structure tout à fait spéciale, notamment en raison de la présence de ses glandes et de son enveloppe épidermique, et aussi à cause de sa fonction spéciale régulatrice de la chaleur, de la respiration, et de la sécrétion; en raison, enfin, de ce qu'elle est le siège de l'organe du tact. Ces conditions anatomiques particulières donnent naissance à des formes morbides que l'on ne rencontre pas dans d'autres appareils, précisément parce que ces derniers sont dépourvus de semblables éléments de tissus et d'organes. Ce qui constitue le caractère distinctif des maladies de la peau, c'est que leurs symptômes se produisant à découvert sont directement accessibles à la vue et au toucher ; et, par conséquent, qu'elles se manifestent par leurs phénomènes perceptibles, tels que la coloration, la disposition, la consistance, l'aspect, le caractère extérieur et, en général, par des modalités physiques très marquées, c'est-à-dire par des conditions pour la plupart inconnues dans les lésions d'autres organes, et qui, par conséquent, doivent être l'objet d'une étude nouvelle et tout à fait spéciale.

Enfin, la peau, étant entièrement exposée à l'air, peut être atteinte par une foule d'influences extérieures telles que : une température basse ou élevée, des agents mécaniques et chimiques, des parasites animaux et végétaux, et devenir, par conséquent, malade d'une manière correspondant à ces diverses influences, auxquelles sont moins sujets les organes qui, cachés dans la profondeur du corps, sont moins accessibles au monde extérieur.

Il résulte de ces données que, pour bien comprendre les maladies de

la peau, il est nécessaire de porter son attention sur les trois points suivants :

1° L'anatomie et la physiologie de la peau ;

2° La symptomatologie générale ;

3° L'étiologie.

En ce qui concerne le premier point, je ne vous rappellerai, de ce que vous savez déjà sur l'anatomie et la physiologie de la peau, que ce qu'il faudra pour se rendre compte d'une manière générale des phénomènes pathologiques qui touchent à la nutrition et aux fonctions. Quand cela sera nécessaire, je vous indiquerai plus spécialement certains rapports plus intimes et qui sont complètement traités dans des ouvrages d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Anatomie.

La peau, *integumentum commune,* recouvre la surface du corps à la manière d'une membrane adhérente aux diverses parties qu'elle enveloppe; au niveau des orifices naturels, elle se continue directement avec la muqueuse des cavités. Sa surface libre n'a pas partout le même aspect et ne donne pas partout au toucher les mêmes sensations ; elle donne au toucher une sensation analogue à celle de la laine ou du velours et causée par les inégalités de sa surface, sillons, petites saillies, pores et poils. Les poils, longs sur les parties velues, sont ailleurs minces et fins (poils follets, duvet, *lanugo*); ils manquent complètement sur certaines régions : la paume des mains, la plante des pieds, la surface dorsale de la troisième phalange des doigts et des orteils, le gland, la surface interne du prépuce et le rebord des lèvres.

Les sillons de la peau sont plus ou moins longs et plus ou moins profonds quand ils divisent des surfaces étendues, ou moins profonds et plus courts s'ils subdivisent des surfaces plus petites et pour la plupart oblongues. Les premiers correspondent le plus souvent aux lignes de flexion des articulations, comme à la paume de la main ou à certains points d'attache de la peau dans le sens de la profondeur. Les plus petits suivent principalement les intervalles compris entre les petites saillies de la peau et les orifices des follicules pileux; leur direction dépend, du reste, suivant les recherches de O. Simon, de la tension de la peau et concorde par là avec la direction des plis de Langer, dont il sera question plus tard. Lewinski a cherché à représenter les sillons longitudinaux et transversaux de la surface cutanée comme une conséquence des plis répétés que forme l'épiderme, puisque les mouvements musculaires font changer les conditions de tension du derme.

Les sillons longitudinaux plus prononcés naîtraient, en effet, de la tension (extension) de la peau, tandis que les lignes transversales se formeraient par la cessation de la tension (rétraction) des couches profondes du derme; les couches papillaire et épidermique, n'étant pas capables d'une semblable rétraction, se plisseraient nécessairement sur leur base, qui est devenue plus courte. Sous l'influence d'une tension forcée, les papilles et l'épiderme qui les recouvre peuvent s'étendre et former une surface unie, et les sillons disparaître. Il y aurait beaucoup à objecter à cette hypothèse. D'abord elle ne peut s'appliquer à la peau de la paume des mains et de la plante des pieds, dont l'équilibre au point de vue de la tension est constant. En outre, on peut déjà reconnaître sur le fœtus les sillons cutanés, à une époque où il ne peut pas encore être question d'actions musculaires.

Les sillons et les lignes qui forment les petits compartiments de la peau sont certainement l'expression plastique de la direction qu'ont prise les différentes parties de l'épiderme dans leur développement. Blaschko l'a établi d'une manière, à ce qu'il semble, décisive par ses recherches.

D'après cela, l'épiderme présente à sa face interne et tournées vers le derme des arêtes longitudinales qui correspondent aux aspérités de la surface cutanée. A leur sommet se trouvent les orifices des glandes sudoripares; pour cette raison, Blaschko les appelle des arêtes glandulaires.

Entre deux de ces arêtes et correspondant aux sillons de la surface de la peau se trouve une arête moins proéminente, qui répond, par conséquent, au sillon de la surface, et qui paraît tenir à ce que l'épiderme, avec toutes ses couches, est plissé en dedans. Blaschko lui a donné le nom de pli.

Les arêtes glandulaires et les plis sont ensuite liés par des arêtes transversales à des intervalles réguliers, d'où résulteraient les formes creuses épidermoïdales, coniques, qui renferment les papilles; détachées de ces dernières, elles donnent à la surface inférieure de l'épiderme l'aspect d'un gâteau de miel.

Sur les côtés de l'extension des membres et des articulations, et au niveau du sacrum, la disposition en sillons et en compartiments est plus marquée que sur les surfaces de flexion et à la face antérieure du tronc. Dans certaines maladies de la peau, cette différence peut disparaître ou même être intervertie.

En outre, on trouve sur la surface cutanée de petites dépression peu prononcées, de forme arrondie, connues sous le nom de « pores », dont la plupart correspondent aux orifices des follicules pileux et des glandes sébacées, comme au nez, ou aux orifices des glandes sudoripares,

comme à la paume de la main; en ce dernier point, les sillons correspondent à l'arrangement régulier des papilles de la peau, et ils forment des lignes courbes particulièrement élégantes à la surface interne de la première phalange des doigts.

Enfin, la peau présente des colorations très différentes qui correspondent aux capillaires sanguins plus ou moins ténus, soit sous forme de ramifications rouges marbrées diffuses, soit sous l'aspect de teintes d'un brun plus ou moins foncé provenant du pigment déposé dans les couches épidermiques, et qui sont particulièrement accusées dans certaines régions : l'aréole du mamelon, le scrotum, les grandes lèvres, chez la plupart des sujets de race caucasique, mais qui, chez les indi-

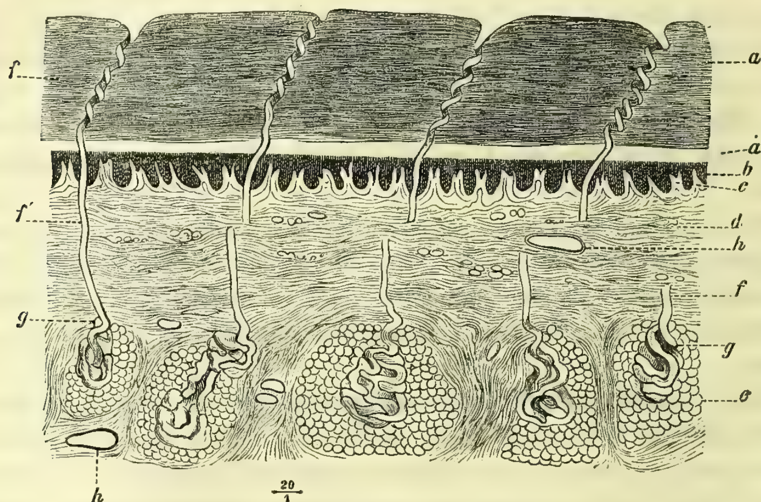


Fig. 1.

Coupe perpendiculaire de la peau de l'extrémité du doigt parallèle aux sillons.

a b épiderme. — *a'* couche cornée. — *a* stratum lucidum. — *b* couche muqueuse. — *c* papilles. — *d* derme. — *e* couche cellulaire graisseuse. — *f* conduit excréteur des glandes sudorifères, traversant la peau dans toute son épaisseur en serpentant dans l'épiderme. — *g* portions enroulées des glandes de la sueur. — *h* coupe de vaisseaux sanguins.

vidus de la race noire, existent, au contraire, d'une manière régulière et donnent lieu à la teinte foncée générale.

A l'exception de la région du cuir chevelu, du menton, du sternum, de la ligne blanche et du gland, la peau peut être soulevée et plissée sur tous les points de la surface du corps; d'une manière générale ce pli est plus facile à former sur les côtés de l'extension que sur ceux de la flexion.

Partout la peau présente la même structure typique ; on trouve cependant, de notables différences dans sa structure anatomique, sui-

vant sa disposition topographique ou sa destination fonctionnelle, c'est-à-dire que, sur certains points, quelques éléments de la peau sont plus ou moins développés ou manquent complètement.

Sur une coupe fine pratiquée perpendiculairement dans la peau, comme dans la figure qui représente une coupe dans l'épaisseur de la peau de l'extrémité du doigt (d'après Henle), on distingue sans peine trois couches. La couche supérieure (*a b*) est l'épiderme ; elle s'adapte par des prolongements et dépressions aux prolongements et aux dépressions de la deuxième couche qui y correspondent (*b c*).

La couche moyenne (*c g*) a un aspect uniforme; elle représente la peau proprement dite, derme ou chorion. A sa limite supérieure, bien nettement tranchée, on voit des saillies plus ou moins grandes, coniques et pointues, en forme de prolongements, papilles de la peau (*c*) ; par ces papilles le chorion s'adapte aux prolongements et dépressions correspondants de la couche supérieure qui les recouvrent. La couche profonde du chorion passe peu à peu, sans démarcation appréciable, dans la couche lâche du tissu cellulaire sous-cutané que l'on désigne sous les noms de *tela cellulosa* ou *adiposa* ou *subcutanea* (couche *g e*).

Ce tissu cellulaire sous-cutané consiste en un réseau de mailles grossières de faisceaux de tissus conjonctifs qui partent obliquement des fascia musculaires sous-jacents et du périoste, et qui s'entre-croisent en partie en gros faisceaux et en partie en filaments plus ténus pour pénétrer ensuite par leurs prolongements dans la trame du chorion. Dans les réseaux à mailles, on trouve de distance en distance de petits lobules graisseux ; dans ces cas, on désigne le tissu cellulaire sous-cutané sous le nom de *pannicule adipeux.*

Les lobules graisseux (*e*) consistent en cellules de graisse qui sont réunies, par une enveloppe commune de tissu cellulaire, en une masse ou en plusieurs amas en forme de petites grappes. Les cellules graisseuses (fig. 2 *a*) elles-mêmes se présentent sous l'aspect de corps arrondis, ou diversement aplatis, semblables à des bulles, paraissant homogènes et réfractant fortement la lumière. En les traitant par l'éther, on fait disparaître la graisse qu'ils contiennent et il reste une enveloppe cellulaire ridée et contenant souvent un noyau (fig. 2 *b*). Le développement modéré des cellules graisseuses donne à la peau une tension prononcée et aux formes du corps leur aspect potelé et arrondi. L'accumulation considérable de la graisse dans la région fessière et au bas-ventre chez

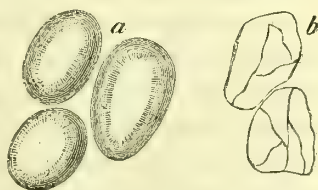


Fig. 2.

Vésicules graisseuses.

a remplies de graisse. — *b* enveloppes des cellules après la disparition de leur contenu graisseux.

certaines personnes tient au développement considérable des cellules graisseuses. Chez les malades qui sont dans le marasme, chez les sujets faméliques, le contenu graisseux est consumé, c'est-à-dire qu'il est brûlé pour alimenter la chaleur de l'organisme, et la peau devient lâche et ridée. Au scrotum et au pénis, aux petites lèvres, aux paupières et aux muscles de l'oreille, le pannicule graisseux manque.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané on trouve encore, là où elles existent, les portions enroulées des glandes de la sueur (fig. 1).

Au cuir chevelu, les follicules pileux ainsi que leurs bases s'enfoncent aussi dans cette couche.

On y rencontre, enfin, de gros vaisseaux sanguins et lymphatiques et des troncs nerveux ; les vaisseaux sanguins envoient aux lobules graisseux et glandulaires des rameaux ténus, disposés en réseau, et d'autres plus volumineux se dirigent vers le chorion.

Le chorion (fig. 1 *c* à *f*) est d'une structure plus compacte. Sa charpente consiste en un réseau de fibres de tissu conjonctif entre-croisées et renforcées par des faisceaux partant obliquement du tissu cellulaire sous-cutané, et par un riche réseau de fibres élastiques, les enlaçant, qui augmente surtout dans la couche supérieure. La direction principale de ces fibres et des espaces rhomboïdes qu'elles circonscrivent est, dans la plupart des régions du corps, déterminée de manière à être absolument appropriée au passage des vaisseaux sanguins, ainsi qu'à la modalité et à l'intensité de certains phénomènes morbides. Cette direction des fibres est en divers points déviée par les follicules pileux et les glandes sébacées implantés dans le chorion, par les canaux excréteurs des glandes de la sueur qui suivent une direction verticale, enfin par les vaisseaux sanguins, lymphatiques et les nerfs qui montent dans différentes directions.

Le tissu fibreux est disposé principalement en faisceaux épais qui entourent directement les follicules pileux, les canaux excréteurs des glandes de la sueur et les acini des glandes sébacées et forment en quelque sorte leur base fondamentale. Enfin les fibres les plus superficielles sont encore déviées de leur direction principale par les papilles qu'elles entourent de leurs anses.

Outre les fibres de tissu conjonctif et les fibres élastiques, éléments qui constituent la partie essentielle du derme, on trouve disseminés dans son intérieur de nombreux corpuscules de tissu conjonctif simples et ramifiés, d'autant plus nombreux que l'individu est plus jeune, et une quantité variable de cellules lymphatiques.

Les papilles (fig. 1 *c*, et fig. 3) s'élèvent du chorion sous forme de prolongements de différentes dimensions et de différentes formes, coniques, verruciformes, effilés, présentant une ou plusieurs échancrures et ayant

une base large. Elles ont une charpente de tissu conjonctif plus ou moins résistante et au centre elles sont composées spécialement de fibres élastiques; quelques-unes d'entre elles contiennent une anse vasculaire sanguine, artère et veine, papilles vasculaires (fig. 3), d'autres renferment un corpuscule nerveux terminal, corpuscule du tact, de Meissner, ou papille terminale nerveuse de Kraus, *papilles nerveuses* ou *du tact* (fig. 3 *a*).

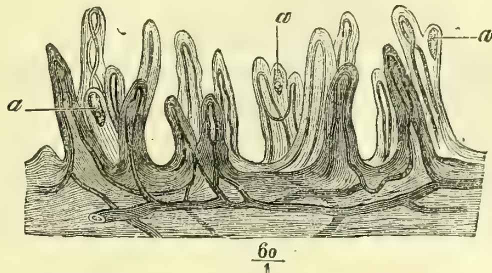


Fig. 3.

Papilles de la peau; leur épiderme est enlevé, les vaisseaux sont injectés.

a papilles renfermant un corpuscule de Meissner; les autres sont des papilles vasculaires.

On trouve les papilles du tact en plus grand nombre au-dessous des ongles où elles sont disposées en séries arciformes régulières alternant avec les papilles vasculaires, qui sont, en réalité, beaucoup plus nombreuses ; on les voit encore, et en proportion considérable, à la paume des mains, à la plante des pieds, aux lèvres et au mamelon; sur les autres régions du corps elles sont, en général, moins rapprochées et leur disposition plus irrégulière.

Nous nous occuperons plus tard des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs, des glandes sébacées, des follicules pileux et des glandes sudoripares, ainsi que des muscles de la peau qui font partie de la structure du chorion. Pour le moment nous étudierons la couche la plus superficielle de la peau, l'épiderme (fig. 1 *ab*).

Celui-ci, à la différence des autres couches cutanées, est tout à fait dépourvu de structure fibreuse et de système vasculaire ; il est constitué exclusivement par des cellules isolées qui sont réunies ensemble par une espèce de ciment « *Kittsubstanz* », lequel, d'après Jul. Arnold, serait un produit de coagulation de la lymphe, courant entre les cellules épidermiques qu'elle nourrit, et contenue dans des canaux qui sont en connexion avec les lymphatiques des papilles.

On distingue essentiellement dans l'épiderme deux couches : la plus profonde, la couche muqueuse ou de Malpighi (fig. 1 *b*), tranche par son aspect granuleux et sa coloration foncée sur la couche superficielle, plus claire, transparente et lamelleuse, la couche cornée proprement dite, *stratum corneum* (fig. 1 *a*).

La couche de Malpighi est composée de cellules disposées par couches parallèles, contenant des noyaux distincts et riches en protoplasme,

conséquemment très vivaces, se colorant fortement par le carmin et par d'autres matières colorantes, surtout le noyau. Elle recouvre directement la face supérieure amorphe du chorion, et remplit les intervalles qui existent entre les papilles par des prolongements correspondants, cônes du corps muqueux (fig. 4 *g*). Les cellules de la couche la plus profonde du corps muqueux sont placées parallèlement les unes à côté des autres sur le chorion, et perpendiculairement à son plan, avec leurs noyaux allongés, entourés d'une couche mince de protoplasme; elles s'implantent dans des dépressions correspondantes du tissu papillaire par des prolongements en forme de crochets. Les seconde et troisième couches, en allant vers la surface, sont composées de cellules, conte-

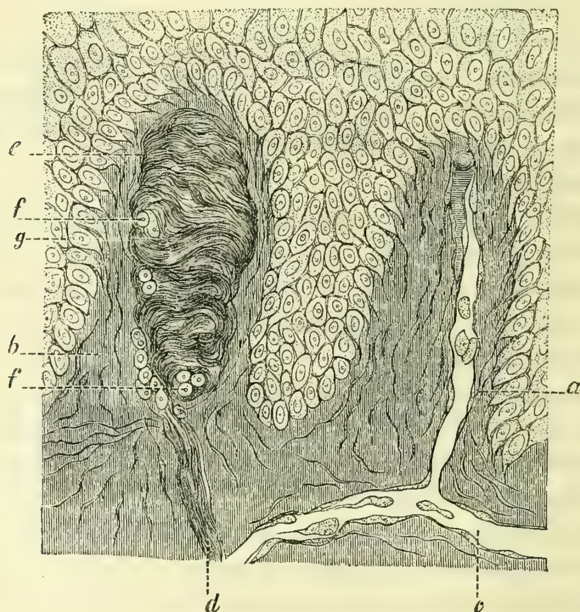


Fig. 4.

a vaisseau. — *b* papille nerveuse. — *c* vaisseau sanguin. — *d* fibre nerveuse qui se dirige vers le corpuscule du tact *e*. — *f* filaments nerveux coupés transversalement. — *g* cellules de la couche muqueuse.

nant un noyau plus oblong; dans ces cellules on ne trouve, chez les individus de race blanche, que peu de pigment brun à noyau; chez les nègres, ce pigment est en beaucoup plus grande quantité. Les cellules des couches les plus élevées sont notablement les plus grosses, polyédriques, pourvues d'un noyau arrondi et d'une membrane cellulaire distincte qui présente sur les bords et sur les faces de nombreuses dentelures paraissant s'implanter dans les cellules voisines, cellules épineuses et dentelées de M. Schultze (fig. 5). On ne connaît pas

encore bien la signification de ces dentelures ; Schroen les a regardées comme les contours de canaux lymphatiques. La plupart des auteurs ultérieurs les considèrent comme des prolongements protoplasmiques ; de formes et de dimensions très variées elles recouvrent le corps de la cellule comme une cuirasse épineuse ; elles partent de chaque cellule et s'adossent contre les épines des cellules voisines (M. Schultze, Lott) ou se confondent avec elles (Ranvier, Unna). En tout cas ce rapport supposé cesse en grande partie à mesure qu'elles s'élèvent dans la couche cornée.

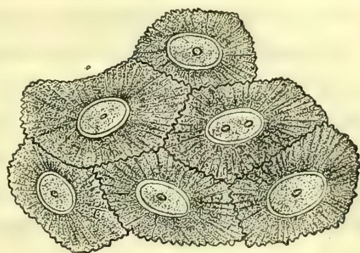


Fig. 5.

Cellules épineuses et dentelées avec noyaux et corpuscules.

Vers les séries les plus supérieures les cellules deviennent de plus en plus serrées et aplaties, leur noyau paraît plus petit, elles ont une direction plus parallèle à la surface supérieure. Depuis les recherches de Auffhammer et particulièrement de Langerhans, on considère aussi, en histologie transcendante, les séries les plus supérieures des cellules de Malpighi comme une couche cellulaire à petit noyau, en raison de l'aspect granulé de leur protoplasme.

Ranvier considère ces corpuscules comme étant de nature huileuse liquide, il les a désignés sous le nom d'éléidine, tandis que Waldeyer, en raison de leur état chimique particulier, les a considérés comme une substance se rapprochant de l'hyaline de v. Recklinghausen et en rapport avec le processus de kératinisation de l'épiderme; il les a décrits sous le nom caractéristique de kérato-hyaline.

Cependant tout cela n'explique pas encore complètement le processus de kératinisation. Car les granulations disparaissent de nouveau dans les couches cellulaires sous basales et non encore kératinisées ; sur les cellules de la couche cornée proprement dite la transformation kératineuse ne concerne, d'après les recherches d'Unna, que la couche externe du manteau, tandis que la partie centrale apparaît encore comme une substance vivante, soluble et éliminable dans le liquide de digestion. (Expériences de digestion artificielle?)

Liebreich admet en outre comme vraisemblable que ces granulations dans les cellules du stratum granuleux ne sont nullement des corpuscules purs d'albumine, mais un mélange d'albumine et de graisse de cholestérine ; il a en effet démontré récemment que cette graisse cholestérinée est un élément régulier de cellules kératinisées d'origine très variée, provenant de la laine des moutons, des plumes et des becs des oiseaux, du sabot des chevaux et du poil humain.

Biesiadecki et Pagenstecher ont vu, déposés entre les cellules du corps muqueux et présentant le caractère épithélial, quelques éléments figurés et ramifiés de l'aspect des corpuscules, dits de migration (leucocytes), dont je dois indiquer aussi la présence.

La couche cornée de l'épiderme, *stratum corneum* ou *cuticula* (fig. 1 *a a'*), paraît sur les coupes être formée de fibres étagées, ondulées et parallèles à la surface cutanée. A un examen plus approfondi, on reconnaît que cette couche peut être considérée comme un amas de cellules plates placées les unes à côté des autres. Plus près de la couche de Malpighi, le caractère cellulaire est très visible. Les cellules sont seulement plus plates que celles du corps muqueux, plus sèches, et ont rarement un noyau. Plus on se rapproche de la surface, plus les cellules paraissent être composées exclusivement de petites lamelles plates.

Les cellules de la couche cornée ne laissent voir dans les étages profonds que peu de protoplasme granuleux — couche cornée de la base et au-dessus de la base d'après Unna; — elles ont, par conséquent, en somme, peu de vitalité, et, dans les couches les plus supérieures, elles en ont à peine encore un peu, et ne se colorent que très faiblement par le carmin.

Comme on le sait, les feuillets cornés se détachent continuellement et sont remplacés par ceux des couches sous-jacentes. On peut donc supposer que les couches du corps muqueux, en s'avançant de plus en plus de la profondeur, forment la couche cornée, mais cette opinion n'a été admise qu'avec restriction par quelques auteurs, en s'appuyant sur ce fait que le passage des cellules du réseau à la couche cornée, ne se présente pas comme un phénomène se produisant graduellement.

Entre la couche muqueuse et le stratum corneum, on trouve une bande étroite, claire (fig. 1 *a*), le stratum lucidum de Oehl. Quelques auteurs pensent que c'est là le siège d'une transformation chimico-biologique que doivent traverser les cellules du corps muqueux pour constituer les couches cornées. Schrœn a sur cette question une opinion particulière. Les cellules aplaties du corps muqueux seraient formées par la couche claire, et les cellules de la couche cornée seraient une expansion provenant des cellules de revêtement des glandes sudoripares par-dessus la couche muqueuse. Auffhammer, Unna, etc., ont déjà démontré le peu de fondement de cette théorie.

L'épiderme, considéré dans son ensemble, présente sur les diverses parties du corps une résistance différente; à la paume des mains et à la plante des pieds il a son maximum d'épaisseur et de résistance, mais partout il peut prendre un accroissement considérable dans des conditions pathologiques. Il est, au contraire, dans les conditions nor-



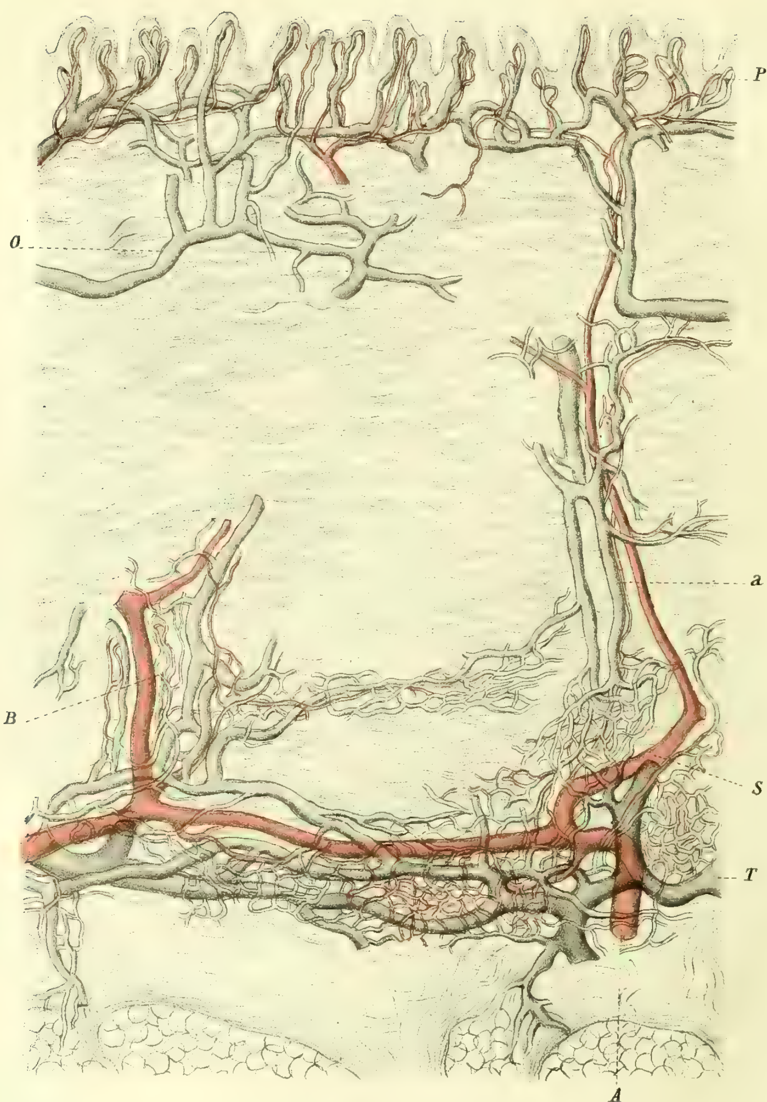


Fig. 6. *Coupe verticale d'un morceau de peau injecté de la paume de la main (d'après Tomsa)*

Les artères sont injectées en rouge, et les veines en bleu.

T. .. *Réseau vasculaire profond correspondant à la couche du pannicule graisseux et des glandes de la sueur.*

D. .... *Réseau vasculaire superficiel (sous papillaire) En a vaisseaux accompagnant le conduit excréteur des glandes sudoripares.*

P. ... *Anses vasculaires des papilles.*

S. ... *Réseaux entourant les pelotons glandulaires.*

B. .. *Rameaux ascendants.*

A. .. *Couche des cellules graisseuses.*

Imp. Lemercier & Cie Paris

males très mince sur la partie rouge des lèvres, et, en général, moins épais sur le côté de la flexion que sur le côté de l'extension.

L'épiderme se moule exactement sur les saillies et les dépressions du chorion dont il reproduit la disposition; en certains points, au niveau du bord des lèvres, par exemple, il les comble et forme une surface lisse.

Considéré dans son ensemble encore, l'épiderme se continue avec les cellules du corps muqueux, jusqu'à la base du follicule pileux dont il recouvre la paroi interne, ainsi que la gaine de la racine du poil. Il est aussi en connexion avec les cellules de revêtement des glandes sébacées et sudoripares, et ces rapports expliquent certains processus pathologiques dont nous parlerons plus tard d'une manière détaillée.

Végétation et fonction, ces deux propriétés de l'organisme vivant, dans l'état physiologique comme dans l'état pathologique, sont intimement liées à l'état normal ou morbide des systèmes vasculaires et nerveux; il est donc nécessaire d'examiner avec grand soin les conditions de la circulation et de l'innervation dans la peau.

Comme nous l'avons indiqué déjà, le chorion et le tissu cellulaire sous-cutané possèdent seuls des vaisseaux sanguins; ceux-ci forment une couche à deux étages, parallèle à la surface cutanée, c'est-à dire une couche profondément située dans le tissu cellulaire sous-cutané et une autre plus superficielle qui s'étend sous les papilles. Vous pouvez constater ces rapports dans la figure (fig. 6, planche chromolithographiée) représentant la coupe transversale d'un morceau de peau injecté (d'après Tomsa).

Dans le tissu cellulaire sous-cutané se trouvent, parallèlement à la surface, des troncs artériels volumineux; ils donnent naissance à de petits vaisseaux circumréticulaires et se terminent en capillaires pour entourer les lobules graisseux et les pelotons glandulaires.

Les plus gros vaisseaux montent perpendiculairement, et accompagnent les canaux excréteurs des glandes sudoripares et croisent le chorion dans une direction plus ou moins oblique. C'est ainsi qu'on voit des branches se rendre aux papilles des follicules pileux, aux lobules des glandes sébacées, ainsi qu'aux faisceaux de tissu conjonctif et aux faisceaux de tissu musculaire. La plus grande partie de ces branches, après s'être divisées en un grand nombre de rameaux dans les couches les plus superficielles du chorion, forment sous les papilles un réseau vasculaire serré, parallèle à la surface cutanée, *stratum vasculaire sous-papillaire.*

De ce dernier, on voit partir des branches terminales qui se rendent dans les papilles où elles deviennent capillaires.

Le réseau veineux se forme de la même manière, naturellement en

sens inverse du réseau artériel avec lequel il se rencontre topographiquement à peu près; il tire ses premières racines des capillaires des papilles et forme son premier grand réseau dans le stratum sous-papillaire. De là, le sang veineux se rassemble en troncs isolés plus volumineux qui, suivant parallèlement les canaux sudoripares ou la direction des faisceaux de tissu conjonctif plus considérables, passe dans la couche du tissu conjonctif sous-cutané, recevant sur leur chemin les ramuscules veineux qui prennent leur origine dans les réseaux vasculaires qui entourent les follicules pileux et les glandes sébacées. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils reçoivent encore les rameaux fournis par les réseaux des pelotons glandulaires et des lobules graisseux, et renforcent le stratum vasculaire déjà formé par les artères, et parallèle à la surface.

Nous avons donc, comme caractères les plus saillants du système vasculaire de la peau, un stratum vasculaire artériel et veineux, superficiel, sous-papillaire et un autre profond, propre à la trame (*tela*) sous-cutanée, tous deux parallèles à la surface et communiquant ensemble par leurs branches ascendantes et descendantes; en outre, des réseaux vasculaires spéciaux autour des organes glandulaires de la peau, et enfin les vaisseaux papillo-capillaires qui se répandent sur toute la surface cutanée.

Ces derniers (fig. 3), séparés seulement de l'air extérieur par une mince couche de tissu conjonctif et par la couche épidermique, offrent l'analogie la plus complète avec le réseau capillaire des vésicules pulmonaires. Ils constituent la perspiration cutanée par l'échange gazeux avec l'air atmosphérique et avec l'exhalation d'humidité. Outre que le système vasculaire de la peau pourvoit à la nutrition de cette dernière en totalité, il fournit encore les matériaux nécessaires à la formation de ses produits spécifiques, de la sécrétion des glandes sudoripares et sébacées. Ensuite, par ses conditions topographiques il indique la place et la direction d'après laquelle s'établissent de préférence les processus inflammatoires et néoplasiques, de sorte que, par exemple, dans le domaine des glandes qui possèdent les réseaux vasculaires les plus importants, ou dans le domaine sous-papillaire, le long des troncs vasculaires horizontaux, c'est là de préférence que ces processus se localisent et s'étendent. Aussi comprendra-t-on que, dans la couche cutanée papillaire et supérieure, il puisse subsister longtemps, en quelque sorte indépendants, des processus inflammatoires et néoplasiques, puisque son système vasculaire est, jusqu'à un certain degré, indépendant de la couche vasculaire sous-jacente. En outre, le plan vasculaire du corps papillaire lui-même paraît encore se séparer dans quelques territoires jusqu'à un certain point indépendants.

Tout au moins on voit, comme cela a été souvent rappelé et particulièrement par Renaut, en ce qui concerne le point que nous étudions ici, qu'avec l'injection artificielle de la peau, il se forme au début des territoires séparés d'injection, dont les limites ne se confondent avec celles des districts voisins que lorsque le réseau vasculaire des papilles se remplit progressivement et partout. Chacun de ces districts d'injection de la surface cutanée formerait donc la base d'un cône d'injection dont le sommet serait placé dans le ramuscule artériel affèrent à ce district. Le mode de formation et d'expansion de certaines formes morbides superficielles de la peau (taches hyperhémiques, roséoles et même processus d'exsudation) s'expliquerait par des dispositions anatomiques; l'apparition isolée et limitée de ces modifications pourrait être interprétée d'une manière analogue : par la contraction ou la dilatation seules de quelques artérioles il se produirait une oscillation dans le mouvement des humeurs à l'intérieur de leur territoire d'injection.

Dans le sens indiqué, la distribution vasculaire de la peau nous offre bien des points instructifs pour la pathologie de cet organe, et ultérieurement l'occasion se présentera plusieurs fois d'étudier plus à fond ces rapports.

Le *système lymphatique* de la peau est le complément de son système vasculaire nutritif.

Ainsi que les recherches de Teichmann l'ont démontré d'abord, il prend son origine par des points initiaux mal déterminés encore, dans les papilles, et probablement en majeure partie dans des espaces lymphatiques ouverts, peut-être dans d'autres fermés (Neumann), ou pourvus de stomates, qui deviennent graduellement un système vasculaire fermé. Celui-ci forme un réseau superficiel, mais, cependant, situé en dessous du stratum vasculaire sous-papillaire. Il se trouve un réseau de troncs plus gros dans le tissu cellulaire sous-cutané, en rapport avec le précédent par des vaisseaux anastomotiques.

En outre, les mailles du chorion et des papilles, plus ou moins élargies, et renfermant des quantités variables de liquide lymphoïde ou de liquide séreux, ont, ainsi que les vacuoles de tissu connectif qui séparent les vaisseaux sanguins, leur valeur comme espaces lymphatiques, bien que leur connexion avec les vaisseaux lymphatiques clos ne soit pas déterminée anatomiquement.

Comparé au chorion abondamment pourvu de vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'épiderme qui est complètement privé de vaisseaux sanguins, et qui n'a d'autre circulation que celle des espaces intercellulaires, conserve, cependant, *sous le rapport végétatif*, une grande puissance, et une véritable indépendance; ses couches les plus superficielles sont constamment exfoliées et remplacées à mesure par des cellules

nouvelles. Il est incontestable que les matériaux nécessaires à la vie et à la reproduction de l'épiderme ne peuvent venir que des capillaires des papilles, et il n'est, par conséquent, pas douteux non plus que sa formation complète ne dépende de l'existence de ces papilles. L'observation clinique pendant la cicatrisation des plaies et l'expérimentation ont démontré, en effet, que, dans les points où les papilles ont été détruites, l'épiderme ne se reconstitue qu'avec une puissance médiocre et avec les seuls caractères de la couche cornée. Il en est de même pour le pigment qui, au point de vue végétatif, dépend de la formation de l'épiderme, et j'étudierai encore plus complètement son origine probable.

Mais d'où vient la néoplasie substantielle et le remplacement continu des cellules épidermiques ? C'est là un point qui n'est pas définitivement fixé. Dans les cas pathologiques, c'est par voie de division des anciens noyaux et cellules qu'a lieu la nouvelle formation des cellules épidermiques, qui, d'après les plus récentes recherches de Flemming, Strassburger, Rabl, etc., a lieu par karyokinèse et que je décrirai plus tard en détail. Cela paraît incontesté. Mais, dans des conditions physiologiques, il n'y a pas de motif pour accepter une semblable reproduction. Il se pourrait donc bien qu'il en fût de même pour la régénération physiologique de l'épiderme, et que le rôle principal appartînt aux cellules en bâtonnets, basales (Lott). Par contre, les processus de guérison et de cicatrisation des plaies viennent à l'appui de cette théorie, que, ici, il se forme de nouvelles cellules provenant des cellules des bords, ainsi que Stricker l'a démontré pour l'épithélium de la cornée.

Des cellules migratrices provenant du chorion peuvent-elles devenir des cellules épidermiques nouvelles, ou cela est-il la règle ? Cela paraît peu probable, par la raison qu'on n'a observé ces cellules migratrices que dans des conditions pathologiques. Cette végétation indépendante de l'épiderme a une grande importance pour comprendre beaucoup de phénomènes dermato-pathologiques.

Les *nerfs* de la peau contiennent des fibres à myéline et des fibres sans myéline. Déjà, dans le tissu cellulaire sous-cutané et à la partie inférieure du chorion, on voit se détacher, des rameaux nerveux, quelques fibres isolées qui se terminent aux corpuscules de Pacini (*corpuscules de Vater*), ou qui pourvoient les glandes et les capillaires des mêmes couches. La plus grande partie des fibres nerveuses cheminent à travers le chorion vers sa surface et constituent par leurs ramifications un réseau sous papillaire enveloppant le stratum vasculaire sanguin correspondant. De ce réseau s'élèvent des fibres terminales se rendant aux corpuscules de Meissner ou aux corpuscules de Kraus des papilles du tact.

Les anses capillaires des papilles vasculaires ont également leurs réseaux nerveux. D'après les dessins de Tomsa, les fibres nerveuses terminales, pourvues de noyaux disséminés, forment un réseau dans la périphérie des papilles vasculaires; de ce réseau partent des prolongements qui se dirigent vers l'intérieur des papilles et s'étendent à la paroi capillaire par une terminaison nodulaire.

Bien que la connexion organique immédiate entre la terminaison du nerf et le vaisseau capillaire ne soit pas encore démontrée, la disposition intime constatée est déjà d'une grande importance, puisqu'on voit que les vaisseaux capillaires des papilles cutanées peuvent se trouver sous l'influence immédiate des nerfs. Pour l'explication de la contraction et de la dilatation vasculaire et même de l'exsudation, au niveau de quelques papilles isolées, sous l'influence d'une irritation directe, comme on peut l'observer dans l'urticaire, ce rapport est spécialement instructif.

Depuis les recherches de Langerhans (1868), il est établi que des fibres sans moelle pénètrent du stratum papillaire dans la couche muqueuse de l'épiderme, forment des réseaux entre ses cellules et se terminen alors à diverses hauteurs par des renflements en massue ou sous quelque autre forme inconnue (Podcopaëw, Eberth, Biesiadecki, Mojsisowics).

D'après la démonstration de Ranvier, les nerfs qui entrent dans l'épiderme sont assujettis à un développement continu, car leurs terminaisons éprouvent une dégénérescence graduelle. Cette dernière entraîne la formation de granulations de substance nerveuse qui deviennent à la fin tout à fait libres et arrivent dans les couches inertes de l'épiderme. Ranvier conteste l'existence du rameau nerveux intra-épidermoïdal de Langerhans.

Unna, en s'appuyant sur des préparations à l'osmium, a représenté la distribution interépithéliale des nerfs de la manière suivante : d'un ramuscule terminal partent deux rameaux terminaux sans moelle, mais qui entrent de nouveau dans l'intérieur de deux cellules voisines, de telle sorte que chaque cellule serait innervée par deux rameaux terminaux différents avec une paire de ramuscules terminaux qui s'approchent des noyaux de la cellule, disposition analogue à celle que Pfitzner avait déjà autrefois indiquée. W. Wolff, au contraire, a démontré le peu de solidité d'une pareille explication des préparations obtenues par l'osmium et de l'hypothèse d'Unna; il repousse d'une manière générale l'existence de fibres nerveuses sans moelle dans l'épiderme.

Les organes terminaux des nerfs cutanés sont indubitablement les corpuscules déjà mentionnés de Meissner ou de Wagner et les saillies terminales en forme de massue de Kraus, qui occupent les papilles du

tact et les corpuscules de Pacini ou de Vater, disséminés çà et là dans le chorion.

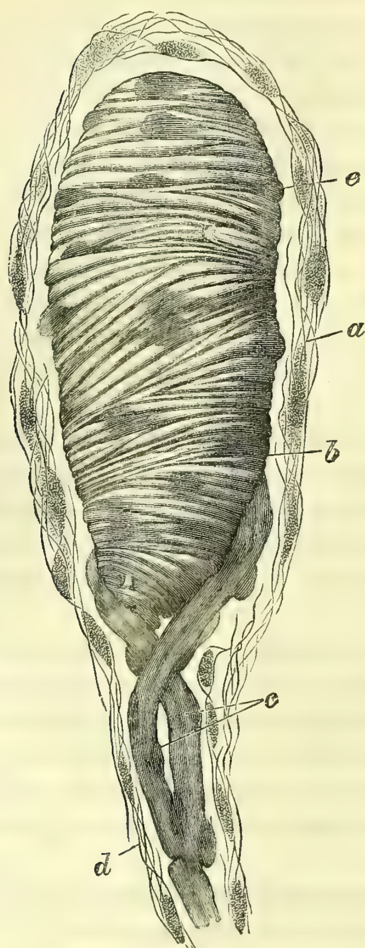


Fig. 7 I.

Corpuscule du tact chez l'homme d'après W. Wolff

a tissu conjonctif péri-capsulaire.— *b* membrane plissée. — *c* névrilemme avec ses noyaux. — *d* périnerve. — *e* noyaux des couches *a b*.

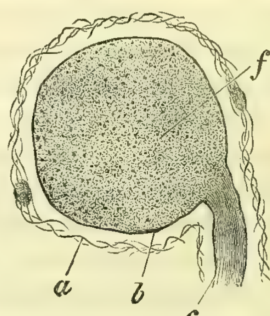


Fig. 7 II.

Coupe schématique horizontale d'un corpuscule du tact à travers le point nerveux terminal.

b contenu finement granuleux du corpuscule du tact.

Les corpuscules de Meissner ou de Wagner (fig. 4, *f* et fig. 7) représentent des corpuscules ovoïdes du diamètre de 0,02 à 0,045^{mm}, qui remplissent entièrement la papille correspondante. A leur surface externe on peut reconnaître des stries et bandes transversales fines, et des noyaux de forme ovale que divers observateurs ont considérés tantôt comme du tissu conjonctif, tantôt comme du tissu élastique, tantôt comme des fibres nerveuses. La fibre nerveuse à myéline partant du chorion se rapproche du corpuscule tantôt à son extrémité inférieure, tantôt au milieu, tantôt à sa pointe, s'enroule autour de lui et se termine dans le corpuscule, après avoir perdu sa myéline, par quatre à six fibrilles terminales (Biesiadecki), ou en se divisant en plusieurs ramuscules à l'intérieur du corpuscule du tact (Brücke). D'après Thin, les corpuscules du tact seraient divisés simplement; beaucoup, cependant, sont partagés par des gaines transversales de tissu conjonctif et élastique, prolongements de la capsule périphérique, en deux ou trois rayons superposés dont chacun contien-

drait un corpuscule nerveux terminal. Dans celui-ci ou près de lui arriverait une fibre nerveuse terminale, après que le nerf pourvu de moelle aurait pénétré l'enveloppe extérieure du corpuscule.

Tomsa a décrit des corpuscules du tact contenus dans une capsule et à structure foliacée. M. Kraus a démontré qu'ils consistent en cellules plates, superposées par couches et légèrement imbriquées.

Cet auteur n'a également pu constater aucune connexion proprement dite des terminaisons nerveuses avec ces cellules, tandis que, selon Robinson, le nerf traverse le corpuscule du tact en zigzag, puis entre dans la couche épineuse, où il s'effile en se divisant et se termine dans la série inférieure des cellules. W. Krause, qui a découvert les terminaisons en massue des nerfs, nom qu'on a adopté, a récemment démontré que tous les corps terminaux des nerfs ont essentiellement la même forme et aboutissent à des nodules terminaux. Ceux-ci (analogues aux disques du tact de Ranvier) sont aplatis et forment les divers corps terminaux des nerfs imbriqués autour d'une cellule plate centrale ou disposés dans un ordre différent.

Les dernières recherches de M. Wolff me semblent avoir expliqué clairement et d'une manière décisive (voy. fig. 7, I et II) les rapports anatomiques du corpuscule du tact qui ont été interprétés d'une façon si différente.

D'après lui, il faut regarder l'enveloppe externe, consistant en tissu conjonctif lâche, le tissu conjonctif péricapsulaire, comme une prolongation du périnerve. Elle entoure la capsule proprement dite du corpuscule du tact, qui a été décrite comme une membrane plissée; celle-ci, de son côté, forme de nouveau le prolongement du névrilemme du rameau nerveux correspondant; elle entoure une masse molle, amorphe, traversée de fines granulations, mais qui ne représente nullement la substance nerveuse. Le cylindre-axe afférent cesse précisément en entrant dans le corpuscule du tact, après avoir perdu un peu auparavant une partie de sa gaine médullaire. Ce corpuscule du tact ne paraît nullement être un organe terminal de nerfs susceptibles d'une sensation spéciale, mais semble plutôt servir comme un disque du tact, comme une expansion du point d'attaque pour les nerfs sensibles et en même temps, par le contenu homogene de la capsule, à atténuer l'intensité de l'impression du tact et à régulariser sa distribution.

Les corpuscules du tact existent en plus grand nombre et d'une façon régulière à la phalange unguéale des doigts, plus rares aux mains et aux pieds, au mamelon, aux lèvres; dans ces dernières, comme dans d'autres régions de la peau, au gland, au clitoris, on trouve plus fréquemment les terminaisons en massue de Kraus, lesquelles pourraient

bien correspondre plutôt à un corpuscule uniloculaire de Meissner (d'après Thin).

Les organes nerveux terminaux, décrits d'abord d'après Langer par Vater (corpuscules de Vater), connus seulement aujourd'hui sous le nom de corpuscules de Pacini (fig. 8), se voient surtout et en très grand nombre dans le mésentère du chat ; on en observe aussi de très remarquables, d'après les recherches de Genersich et d'autres auteurs, dans le plexus sympathique abdominal, et que Geber a trouvés dans la langue, Rauber dans les enveloppes fibreuses du cordon spermatique, dans le tissu conjonctif du médiastin et dans des tendons, et Klein dans le corps caverneux du pénis.

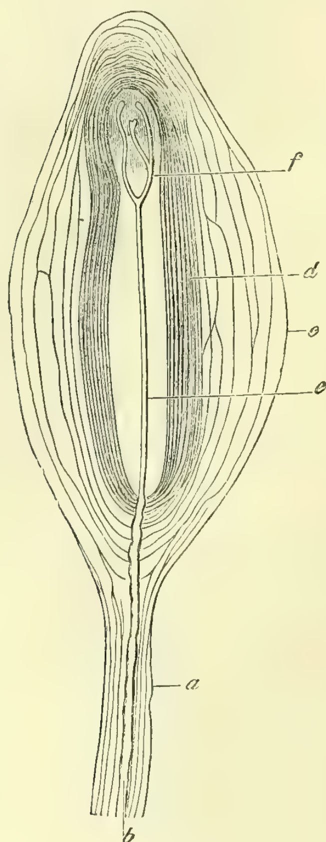


Fig. 8.

Corpuscule de Vater ou de Pacini.

a tige du corpuscule. — *b* faisceau nerveux qui y arrive. — *c* couche externe. — *d* couche interne de l'enveloppe. — *e* cylindre-axe. — *f* terminaison en forme de renflement de ce dernier.

Dans la peau humaine, c'est à la paume de la main et à la plante des pieds, dans le tissu conjonctif sous-cutané, qu'ils sont le plus nombreux, c'est-à-dire très profondément, de façon qu'ils ne sont pas situés favorablement pour le tact, et, par conséquent, représentant à peine des organes du tact.

Cet appareil représente un corps ovale de 1,12 à 4,5 millimètres de longueur, consistant en enveloppes de tissu connectif imbriquées à la façon des pelures d'un oignon et renfermant une cavité remplie de sérum. Axel Key, G. Retzius et Genersich le représentent de telle sorte que chaque écaille capsulaire est une membrane revêtue à l'intérieur et à l'extérieur d'une couche de noyaux, et contenant à son centre, dans des espaces interstitiels de tissu conjonctif, du sérum. Une fibre à myéline perfore la paroi capsulaire, perd en progressant sa gaine médullaire et s'introduit librement comme cylindre-axe nu dans la cavité, à la partie supérieure de laquelle il se termine par un renflement en bouton, divisé une seule ou deux ou trois fois.

D'après leur signification physiologique, les fibres nerveuses qui se distribuent dans la peau sont, premièrement, sensitives, comme inter-

médiaires de la sensation cutanée, dans le sens le plus large; deuxièmement, motrices, dont les unes innervent les muscles de la peau et les muscles érecteurs des poils, les autres les vaisseaux sanguins — nerfs vaso-moteurs — que l'on distingue en outre en vaso-constricteurs et en vaso-dilatateurs (Goltz, Stricker, etc.).

Puisque ces nerfs règlent les conditions locales de la circulation, ils président également, dans une certaine mesure, à la nutrition, et, en partie du moins, aussi à la fonction sécrétoire de la peau et peuvent être considérés comme implicitement trophiques. Mais on comprend déjà comment certaines régions capillaires restreintes subissent, sous l'influence des nerfs vasomoteurs qui les alimentent, des phénomènes morbides d'hyperhémie et de nutrition exagérée, ou les conditions opposées, selon que l'action a été dilatatrice ou constrictive. Cette notion élémentaire peut vous donner, par avance, une idée de l'importance que prendront les vasomoteurs dans plusieurs parties de la pathologie cutanée.

On a déjà bien des fois discuté si au point de vue anatomique on doit séparer les nerfs sécréteurs et trophiques de la peau, mais on ne tranchera pas cette question de sitôt. Nous examinerons encore plus à fond dans un autre passage la valeur fonctionnelle des nerfs de la peau.

Dans la structure de la peau entrent aussi des muscles. Abstraction faite des faisceaux musculaires striés que l'on voit émaner des parties profondes pour aboutir à la peau, les muscles cutanés proprement dits sont uniquement organiques ou lisses. Indépendamment des fibres organiques, propres à la paroi des plus gros troncs vasculaires et lymphatiques ainsi qu'aux canaux excréteurs des glandes, il existe des muscles cutanés proprement dits. Ceux-ci, disposés en traînées simples et anastomotiques, parallèles à la surface de la peau, sont très inégalement distribués sur les différentes régions du corps, dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans le chorion; on les trouve très fortement développés au scrotum, où ils sont connus sous le nom de *dartos*, au prépuce et au périnée, à l'aréole du mamelon et dans la peau du mamelon, en faisceaux circulaires d'après Neumann, et, enfin, dans les couches les plus supérieures du chorion, en diverses régions de la peau avec un développement plus ou moins grand, prédominant, en général, aux côtés de l'extension.

Les muscles redresseurs des poils ont une direction caractéristique; ils se rattachent aux papilles par un ou plusieurs faisceaux de racines, cheminent en un pinceau unique, parfois aussi en deux ou plusieurs obliquement à la surface cutanée (fig. 9 *n*), passent en avant du fond de la glande sébacée, jusqu'au follicule pileux, pour s'attacher à sa gaine interne et, parfois, envoient un faisceau latéral au corps de la

glande sébacée. La contraction du faisceau musculaire produit le redressement du follicule pileux et du poil, dont la direction normale est oblique. Des faisceaux musculaires, arrivant de deux directions opposées, et entourant le follicule pileux à la façon d'une fronde, redressent, par leur contraction respective, le fond du follicule pileux, comme dans l'état connu sous le nom de *cutis anserina*. Là où se trouvent des poils roides, serrés, comme au cuir chevelu, les faisceaux musculaires des *erectores pilorum* entrent en rapport de voisinage, et forment alors un vaste réseau musculaire sous-papillaire.

D'après l'hypothèse d'Unna, le tissu élastique est la véritable origine, de même que la terminaison des tenseurs obliques du derme et les deux servent dans leurs rapports réciproques à régulariser la tension de la peau et les conditions internes de pression qui agissent sur la sécrétion, la circulation du sang et le mouvement des humeurs.

Incomparablement plus importants que les muscles de la peau, sont, pour la pathologie de celle-ci : les organes glandulaires qui y sont enclavés, — les *glandes sudoripares* et *sébacées*, les *follicules pileux* et les produits cornés, les *poils* et les *ongles*, connus sous le nom d'annexes de la peau, et à l'examen desquels nous passons immédiatement.

TROISIÈME LEÇON

Anatomie de la peau (*suite*). — Glandes sudoripares, glandes sébacées, poils, ongles. Physiologie de la peau. Ses triples fonctions comme organe protecteur et régulateur de la chaleur animale, comme organe de sécrétion spécial et comme organe de sens spécial.

Les glandes sudoripares, *glandulæ sudoriferæ*, sont composées d'un tube (fig. 1 *g*; fig. 9) simple, de calibre égal partout, enroulé en peloton dans le tissu cellulaire sous-cutané; leur conduit excréteur s'élève de là, traverse, en droite ligne, le chorion et suit une ligne en tire-bouchon à travers les couches de l'épiderme, pour venir s'ouvrir à sa surface par un orifice en forme d'entonnoir. C'est dans cette ouverture que s'enfoncent la couche cornée et le réseau de Malpighi, comme un bouchon évidé, constituant ainsi, en même temps, la paroi de l'*infundibulum*. A partir de la limite des papilles, le revêtement de la gaine sudoripare présente une simple couche de cellules d'enchyme endothéliales, de forme conique, et contenant chacune un noyau; elles laissent libre entre elles une étroite lumière, ainsi que vous pouvez très bien le

voir sur les coupes transversales représentées (fig. 9 *e*). — A l'extérieur, à partir du revêtement de cellules d'enchyme, on trouve la paroi propre de la gaine glandulaire. Elle consiste en une membrane vitreuse, plissée, avec des fibres de tissu conjonctif plus épaisses disposées vers le côté externe; dans les glandes plus volumineuses du creux axillaire, il y a, en outre, des fibres musculaires organiques longitudinales.

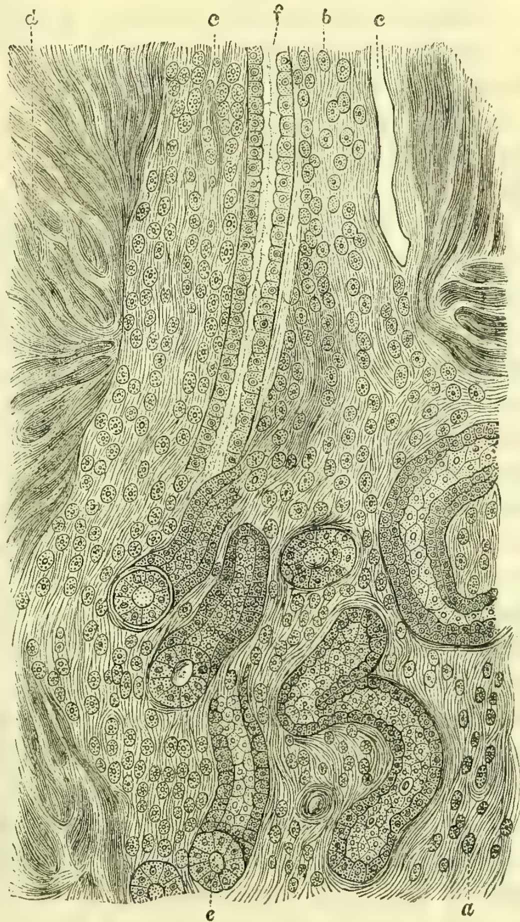


Fig. 9.

Glandes de la sueur.

e coupe perpendiculaire d'un conduit glandulaire, coupe longitudinale et perpendiculaire dans la région de la partie enroulée de la glande. — *f* orifice du conduit excréteur. — *cc* vaisseaux sanguins accompagnant ce dernier. — *d* faisceau de tissu conjonctif. — *a* et *b* cellules d'infiltration, état pathologique.

Les rameaux artériels destinés aux pelotons glandulaires proviennent des vaisseaux profonds et forment, en entourant les pelotons, avant de devenir des capillaires et de passer dans les veines, un réseau admirable (Brücke), analogie très remarquable avec les beaux réseaux des corpuscules de Malpighi des reins.

On trouverait aussi une analogie avec la structure de ces derniers dans l'état de l'épithélium dans la portion enroulée des glandes (d'après Ranvier) dont les cellules présentent aussi des rayures granuleuses comme l'épithélium des canalicules en spirale des poils, renferment de véritables gouttelettes de graisse et contiennent un système de canaux ténus qui d'un côté arrivent jusqu'à la membrane propre et de l'autre débouchent dans le canal glandulaire.

Le plus grand nombre des glandes sudoripares se trouvent à la paume

des mains et à la plante des pieds (2736-2685 sur un pouce carré, d'après Krause). Sur les régions de la peau abondamment pourvues de papilles, elles ont leur orifice dans les sillons qui séparent celles-ci; à la pulpe des doigts, elles sont placées à des intervalles réguliers (fig. 1), à la paume de la main et à la plante des pieds, elles sont disposées en rangées longitudinales. Elles manquent au voisinage du bord des lèvres, au gland et au prépuce.

Les *poils* (*pili*), les *follicules pileux* et les *follicules sébacés* forment un tout anatomique, qu'il est nécessaire de considérer dans son ensemble.

La figure ci-jointe (fig. 10), empruntée au travail de Biesiadecki, et représentant la coupe longitudinale d'un poil de la barbe, offre un aperçu exact des rapports qu'affectent entre elles ces diverses parties. On voit à côté de deux papilles de la peau normalement situées, une dépression en forme d'entonnoir, qui se prolonge jusque dans la couche cellulo-graisseuse, et porte là à son extrémité fermée une papille qui a été en quelque sorte refoulée de la surface vers la profondeur, la dépression en forme de sac est le follicule pileux, et la papille qui est au fond, la papille du poil sur laquelle s'implante le poil qui émerge avec sa tige à travers la poche et vers l'orifice. Sur la paroi latérale du follicule pileux se trouve la glande sébacée avec son acinus dont le conduit excréteur s'ouvre dans le follicule pileux. En passant devant le cul-de-sac de la glande sébacée, et se dirigeant vers le fond du follicule pileux, court obliquement à la surface cutanée un faisceau musculaire, — le muscle redresseur du poil. Toutefois, ces rapports anatomiques, tant généraux que particuliers, et plus ou moins délicats, ne répondent exactement qu'aux poils longs et gros de la surface du corps.

L'orifice ou le conduit excréteur est en forme d'entonnoir (*a*); à son extrémité rétrécie s'ouvre la glande sébacée (*t*). Là aussi se trouve la partie la plus étroite du follicule pileux, son col (*b*). A partir de là, il s'élargit un peu, mais surtout vers le fond ou voûte du follicule pileux (*c*), dans lequel pénètre la papille (*p*).

Le follicule pileux proprement dit n'existe réellement qu'à partir de l'orifice de la glande sébacée.

Anatomiquement, il se compose de trois couches. La couche extérieure, appelée aussi gaine externe (*d*) (tunique fibreuse externe, Kölliker), est formée de fibres du tissu conjonctif qui, à partir des zones supérieures du derme, cheminent par traînées pressées et parallèles à l'axe du follicule et en embrassent le fond. Là où les fibres sont le plus compactes, c'est à l'intérieur; à l'extérieur, elles s'unissent lâchement avec le tissu conjonctif environnant sans limite tranchée; entre elles courent des vaisseaux et des nerfs propres. La deuxième couche, ou

moyenne, nommée aussi *gaine interne du follicule pileux* (tunique fibreuse interne de Kölliker) (*e*), est composée de fibres transversales et de noyaux allongés (cellules musculaires organiques vraisembla-

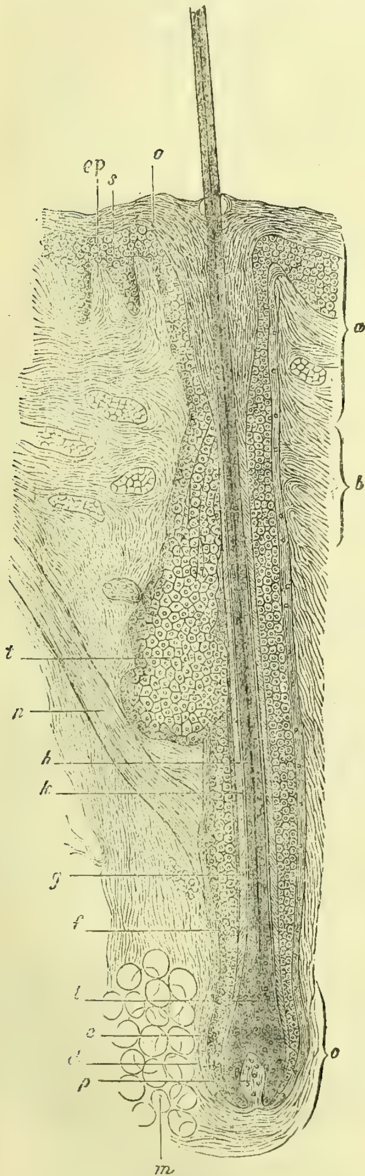


Fig. 10.
Coupe d'un poil de barbe.

a conduit excréteur. — *b* collet. — *c* portion renflée du follicule pileux. — *d* gaine extérieure. — *e* gaine intérieure du follicule. — *p* papille du poil. — *m* cellules graisseuses. — *n* muscle arrector pili. — *ep* épiderme. — *s* couche muqueuse. — *o* papilles. — *t* glande sébacée. — *f* portion externe et *g* portion interne des gaines de la racine du poil. — *h* substance corticale. — *k* substance médullaire de la tige du poil. — *l* portion renflée du poil.

blement), et déposés au milieu d'une substance granuleuse. La troisième couche, la plus interne, est formée par une membrane vitreuse,

membrane hyaloïde — que vous verrez mieux sur la coupe transversale (fig. 10, *d*).

La papille du poil est formée par un prolongement des gaines du follicule pileux, particulièrement de la moyenne, revêtue en grande partie aussi par la membrane vitrée. On y distingue un col, un corps et l'extrémité papillaire en forme de bouton, dans laquelle pénètrent une anse vasculaire et des fibres nerveuses dépourvues de moelle.

Les follicules pileux ne sont pas placés verticalement, mais bien obliquement par rapport à la surface cutanée et, par conséquent, il en est de même des poils. Cette direction est variable, pour les diverses régions du corps; elle a été étudiée par Voigt, avec un soin minutieux.

D'après les recherches de cet auteur, la direction des poils court, dans chaque région, selon des lignes et courbes propres qui, à certains endroits, s'enroulent en tourbillons fixes. La cause et la condition de ce schème de direction est dans la direction et la marche des mailles de tissu conjonctif du chorion, ainsi que Tomsa l'a particulièrement bien démontré.

Le plus grand intérêt pathologique s'attache à la constitution anatomique du follicule pileux qui consiste en gaines de la racine du poil, externe et interne.

La gaine externe de la racine (*f*) est située très extérieurement dans le follicule s'adossant immédiatement à la membrane hyaloïde; elle consiste en cellules du réseau de Malpighi, qui se continuent immédiatement de la surface papillaire dans le follicule pileux. Jusqu'à l'orifice du follicule sébacé, ce réseau existe dans toutes les couches, même dans celle des cellules à nucléoles, et, à partir de là, il constitue la gaine propre et externe de la racine du poil, uniquement avec les rangées de cellules les plus profondes et les cellules épineuses. Plus elles avancent en profondeur, plus aussi diminuent les rangées de cellules, jusqu'à être réduites, au niveau de la papille pileuse, à une seule série de cellules.

La gaine interne de la racine (*g*) se réunit immédiatement à l'externe; celle-ci se distingue en une couche externe, la gaine de Henle, et en une interne, la gaine de Huxley. Les deux couches de la gaine interne de la racine sont constituées par des lamelles qui se fusionnent pour former autour du poil une enveloppe lamelleuse, hyaline et se colorant faiblement par le carmin.

Tout à l'intérieur, invaginé dans la gaine de Huxley, se trouve le poil.

On distingue tout d'abord dans le poil la tige cylindrique qui sort de l'orifice du follicule, et la racine ou le bulbe (*l*), renflement en forme de bouton par lequel le poil repose sur la papille. Histologiquement on

trouve, sur la tige, en dehors, une couche (fig. 10, *h*), imbriquée, striée en spirale, dans laquelle on a indiqué deux lames cellulaires, une externe et une interne. En dedans on constate la substance propre du poil, ou substance corticale (fig. 9, *h*); elle est constituée par des fibres parallèles à l'axe longitudinal du poil, correspondant aux contours des lamelles cornées qui la composent, et renferme, outre de nombreux noyaux foncés, disséminés dans les cheveux bruns, des amas de pigment brun jaunâtre. Dans les cheveux gris, la substance du poil est dépourvue de pigment.

A l'intérieur des poils de grande dimension, on trouve un espace médullaire qui, vers la pointe, s'effile et se perd; il renferme le cordon médullaire (*k*), composé de cellules polyédriques contenant des noyaux et de la graisse. On trouve quelquefois des bulles d'air dans le canal médullaire, dans la substance intercellulaire (Waldeyer), ainsi que dans la substance corticale du poil.

La racine du poil est constituée par des éléments semblables aux cellules du corps muqueux, dont elles imitent aussi la direction et la configuration. Celles qui sont placées perpendiculairement sur la membrane hyaloïde de la papille sont cylindriques, les couches supérieures polyédriques, avec cela très succulentes, très lâches et très faciles à séparer les unes des autres. Dans la moitié supérieure, au point de transition du bulbe pileux avec la tige, les cellules du bulbe deviennent oblongues, fusiformes, plus solides, se disposent en fibres longitudinales et passent ainsi dans la substance corticale de la tige. Mais cela ne doit s'entendre que des cellules de la couche externe du bulbe pileux : en son milieu se trouve une zone de cellules très riches en protoplasme et se colorant bien par le carmin. Les autres cellules du bulbe renferment, en elles et dans leurs intervalles, des amas de pigment granuleux de couleur brune et même tout à fait noire.

Le poil complet continue alors de croître, de telle sorte que de la papille il se forme de nouvelles cellules épidermiques, qui, en progressant, deviennent des cellules cornées disposées longitudinalement à la substance du poil et poussent dans la gaine de Huxley la tige du poil qui s'élève au-dessus.

Dans la pathologie spéciale, nous aurons encore à mentionner d'autres détails importants sur la formation et sur la régénération des poils ainsi que sur leur pigmentation.

J'ajouterai seulement ici que les rapports si remarquables qui existent entre la gaine interne et externe de la racine, et entre les poils et l'épiderme extérieur, sont encore interprétés de bien des manières différentes et ne sont pas définitivement fixés; ceci nous intéressera surtout dans certains processus, par exemple dans le lichen pilaire.

Veuillez vous rappeler les couches déjà décrites, imbriquées les unes dans les autres, du follicule pileux et de son contenu, d'abord d'après la coupe longitudinale (fig. 10), et ensuite d'après la coupe transversale que j'ajoute ici (fig. 11).

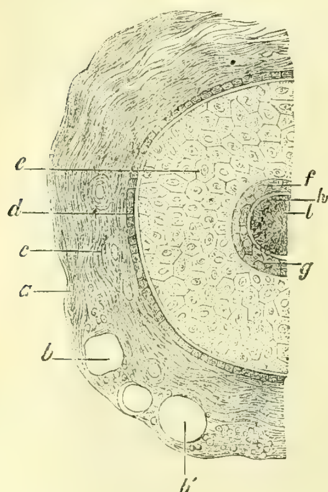


Fig. 11.

Coupe transversale du poil en dessous du collet du follicule pileux.

a partie externe de la gaine du follicule pileux. — *b* vaisseaux sanguins en coupe. — *c* partie interne de la gaine du follicule pileux. — *d* enveloppe vitreuse du follicule pileux. — *e* portion externe. — *fg* portion interne des gaines de la racine. — *f* couche externe de celle-ci (gaine de Henle). — *g* couche interne de la même (gaine de Huxley). — *h* cuticule. — *l* poil.

Je vous ferai seulement remarquer que la plupart des observateurs s'accordent à dire que ces couches cornées ne se continuent pas dans le follicule pileux avec les cellules du réseau de Malpighi. Les couches cornées n'arrivent que jusqu'au collet du follicule, et remplissent, par conséquent, l'orifice du follicule pileux comme un cône épidermique, et les cellules du corps muqueux se prolongent jusqu'au fond comme gaine externe de la racine. Or, beaucoup d'auteurs, comme Henle, Biesiadecki, pensent que les cellules du corps muqueux (gaine externe de la racine) formeraient, vers l'intérieur, des cellules cornées, et que celles-ci constitueraient la couche externe de la gaine interne de la racine, c'est-à-dire la gaine de Henle. Mais la couche interne de la gaine interne de la racine, c'est-à-dire la gaine de Huxley, serait constituée par la couche pileuse originaire, en même temps que la cuticule et le poil, et par le cône épidermique qui se forme au-dessus de la papille. Unna, par contre, a démontré péremptoirement que chacune des couches cellulaires du corps de Malpighi, distincte comme cellules à noyaux, passe dans des lamelles cornées, ne dépasse pas le collet du follicule, en formant seulement la couche épineuse, qui, seule, constitue la gaine externe de la racine; que celle-ci ne produit pas de lames cornées et, par conséquent, pas la gaine de Henle ; au contraire, la gaine de Henle et de Huxley, cuticule et poil, tout cela a une même origine et provient simultanément du cône épidermique de la couche primitive du poil. Selon le même auteur, la gaine interne de la racine, les couches réunies de Henle et de Huxley, croissent avec le cône épidermique qui remplit l'orifice du follicule pileux et s'arrêteraient là. Le poil, en s'élevant, poussé en spirale avec sa cuticule, déchire la gaine de Huxley et de Henle, puis le cône épi-

dermique de l'orifice du follicule pileux et arrive de cette façon au dehors.

Je suis disposé, pour ma part, à admettre la démonstration d'Unna, car elle fournit mieux qu'aucune autre l'explication de certains phénomènes pathologiques.

Dans un follicule pileux on ne trouve habituellement qu'un seul poil; souvent, cependant, on en rencontre deux. Ce dernier point est en rapport avec la régénération physiologique des poils, et quand nous étudierons les poils, nous aurons l'occasion d'en parler.

Les *glandes sébacées* sont des annexes des follicules pileux, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 9 (*n*), mais seulement dans les poils longs et gros. Dans les poils follets lanugineux, c'est le contraire qui existe, ainsi que le montre la figure 12.

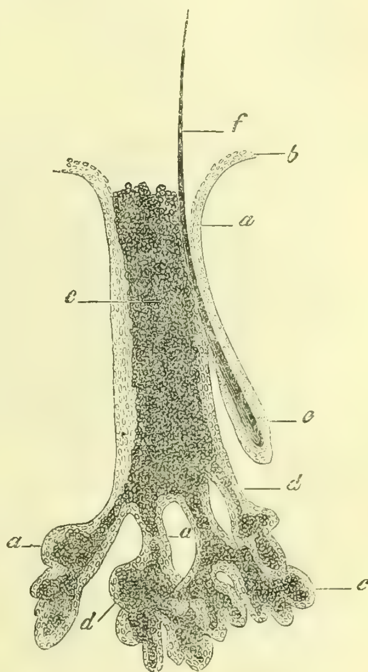


Fig. 12.

Glande sébacée avec un poil follet.

a épithélium glandulaire. — *b* réseau de Malpighi se continuant avec l'épithélium glandulaire. — *c* cellules contenant de la graisse et *c* graisse libre. — *d* acini. — *e* gaine de la racine avec le poil.

Les glandes sébacées sont des glandes acineuses auxquelles on distingue un corps glanduleux et un conduit excréteur : le premier se compose de lobules arrondis,— *acini*, qui peuvent se réunir en grappes, d'où résultent des corps glandulaires plus volumineux, à lobules multiples; les cloisons intra-glandulaires sont formées par une membrane vitreuse doublée de tissu conjonctif et élastique, résistant et pourvu d'un riche réseau vasculaire propre. La paroi interne des lobules glandulaires est tapissée de cellules enchymes; leur couche la plus externe, adossée à la membrane vitreuse, consiste en cellules contenant des noyaux distincts, cylindriques ou cubiques, analogues à celles du corps muqueux. En allant vers le centre de la glande, les cellules deviennent plus grandes, polyédriques, plus semblables aux cellules cornées, et remplies de graisse en granulations ou en gouttes, recouvrant le noyau cellulaire. Les cavités des lobules s'ouvrent dans la cavité glandulaire commune plus grande, où existent des cellules, de la graisse libre, outre des cristaux de matière grasse. Un conduit excréteur commun (parfois deux), tapissé égale-

ment de cellules enchymes contenant à l'intérieur de la graisse, des cellules graisseuses et leur débris, s'ouvre dans le follicule pileux.

Dans les poils follets lanugineux (fig. 12), la glande sébacée s'ouvre directement sur la peau, formant un grand pore cutané souvent visible à l'œil nu, renfermant un ou même plusieurs poils follets, souvent aussi n'en contenant aucun.

La paume de la main et la plante des pieds, le gland et la surface dorsale des troisièmes phalanges n'ont point de glandes sébacées.

Les ongles, *ungues*, sont des corps de forme polygonale allongée, aplatis ou en bouclier, modérément recourbés vers la surface palmaire, convexes, élastiques à leur bord antérieur, cependant cassants, capables de résistance, transparents; ils sont insérés, sur trois de leurs côtés, dans un repli de la peau du doigt, sur la face dorsale de la dernière phalange, dont ils recouvrent la partie antérieure par leur surface inférieure et concave, et qu'ils dépassent un peu par leur bord libre.

Dans l'union de la peau avec l'ongle, il faut considérer le repli unguéal, le pli cutané qui encadre le bord postérieur et les deux bords latéraux de l'ongle, le lit de l'ongle, la partie de la peau sur laquelle repose sa face inférieure.

A l'ongle on distingue, outre les surfaces et bords mentionnés ci-dessus, la partie recouverte par le repli postérieur, la racine et celle qui est placée en avant, le corps; de même on distingue au lit de l'ongle une partie correspondant à la racine, matrice de l'ongle, et un segment antérieur, le lit unguéal proprement dit.

Le pli unguéal est formé, dans la portion supérieure qui recouvre l'ongle, par une saillie cutanée concave en avant (rebord, rempart unguéal); et dans la moitié tournée vers la face inférieure, par la partie postérieure et latérale du lit de l'ongle ; il s'enfonce d'avant en arrière et s'élargit encore de telle sorte que l'épiderme de la face dorsale du doigt s'avance, d'une certaine longueur, en avant de la racine de l'ongle.

Les conditions anatomiques intimes vous sont montrées par des coupes transversales analogues à celle que nous avons empruntée à Biesiadecki (fig. 13).

Le lit de l'ongle est formé par une couche cellulaire sous-cutanée, dépourvue de graisse, le derme et le corps muqueux ; à sa partie postérieure, correspondant à la racine, c'est-à-dire dans la région de la matrice, on trouve, sur de petites saillies du derme disposées en forme de rempart, de larges papilles dirigées en avant. A une limite en forme d'arc, parallèle à la pulpe du doigt et visible à travers l'ongle au point où la matrice forme le lit de l'ongle (lunule), on voit s'élever ces petites saillies sous forme de lamelles, lamelles unguéales, qui, se glissant en

avant, augmentent en hauteur et, sous le bord libre de l'ongle, deviennent des papilles allongées.

Contrairement à l'opinion généralement admise jusqu'à ce jour que toute la partie centrale de la limite de la lunule serait l'endroit où se forme l'ongle, c'est-à-dire la matrice, Hans Hebra ne veut, d'après ses recherches personnelles, considérer comme matrice que la portion postérieure et latérale en forme de fer à cheval, qui porte de grosses papilles distinctes. Tandis qu'il ne faudrait plus regarder comme matrice l'espace limité d'une manière biconcave par la ligne lunulaire antérieure et une autre ligne concave opposée à la lunule ; cet espace ne renferme point de papilles, mais seulement des lamelles.

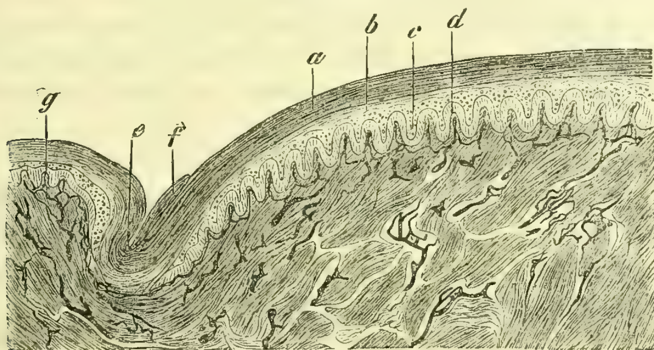


Fig. 13.

Coupe perpendiculaire (de la moitié) d'un ongle à travers le lit unguéal proprement dit.

a substance de l'ongle. — *b* couche cornée peu adhérente située au-dessous de celle-ci. — *c* couche muqueuse. — *d* coupe longitudinale des papilles. — *e* rainure de l'ongle privée de papilles. — *f* la couche cornée du sillon unguéal qui s'élève au-dessus de l'ongle. — *g* papilles de la peau de la surface dorsale du doigt.

Le lit unguéal est abondamment pourvu de vaisseaux et de nerfs qui se ramifient jusque dans les papilles. Les vaisseaux des papilles de la matrice sont de fort calibre et souvent disposés en spirales ; à partir de la pulpe du doigt un abondant réseau vasculaire alimente le lit de l'ongle et de plus par des anses qui atteignent directement les lamelles dont les parties terminales paraissent très vascularisées.

La couche de Malpighi recouvre les papilles et les lamelles, et en remplit les interstices; à l'angle postérieur de la rainure, elle se réunit avec le réseau muqueux de celle-ci et pénètre dans le derme d'avant en arrière à la manière d'un coin; elle y devient plus résistante et passe là insensiblement à l'état de lamelles cellulaires cornées aplaties, pourvues de noyaux se colorant par le carmin, et finalement dépourvues de noyaux. Au-dessus du lit unguéal la transition de la couche muqueuse aux cel-

lules épidermiques plates est plus rapide, ainsi que sur d'autres régions cutanées, et la limite entre celles-ci et la substance unguéale est nettement tranchée.

La face inférieure de la rainure qui recouvre la racine de l'ongle est recouverte d'épiderme qui se prolonge en partie encore au-dessus de l'ongle. La substance unguéale n'en provient donc pas, mais est fournie exclusivement par les papilles de la matrice, lesquelles jouent, par conséquent, à l'égard de l'ongle, le même rôle que la papille du poil à l'égard du poil. Les cellules cornées sont ensuite arrêtées par le repli latéral dans leur extension vers les côtés et dans leur progrès en avant; les cellules unguéales inférieures se recouvrent par imbrication pendant que les superficielles paraissent glisser sur les inférieures. Quant au mode de stratification des cellules unguéales, Unna pense que la surface de stratification doit se faire d'arrière et d'en haut en avant et en bas. Les cellules unguéales cornées sont très réfractaires aux influences chimiques.

Ici se terminent, Messieurs, les détails qu'il m'a paru utile de vous rappeler sur l'anatomie de la peau et de ses annexes ; il sera indispensable de les avoir constamment présents à l'esprit, pour bien vous rendre compte des modifications histologiques et des phénomènes cliniques que provoquent les divers processus morbides.

Les conditions anatomiques et histologiques, dont je viens de parler, nous donnent immédiatement une idée générale de la grande variété et de la forme particulière que les processus pathologiques connus peuvent déterminer sur la peau. Un seul et même processus, comme l'hyperhémie, ou l'inflammation, ou l'hypertrophie, peut n'intéresser que certaines couches ou certains tissus, des éléments isolés de cet organe à structure si complexe, ou s'étendre simultanément à tous ses éléments ou à tous ses systèmes. Dans la couche papillaire, par exemple, qui possède un réseau vasculaire spécial, une hyperhémie considérable, et même de l'exsudation, peuvent se produire comme cela arrive dans le pemphigus, tandis que les couches profondes de la peau restent absolument intactes. Ailleurs, ce sera isolément le domaine du réseau vasculaire des glandes qui sera le siège des troubles de circulation et de nutrition, tandis que tout le tissu interglandulaire reste exempt de lésion. Ailleurs encore, ce sera l'épiderme qui sera seul affecté par hyperplasie ou par dégénérescence, par exemple à l'intérieur des follicules sébacés ou à la surface cutanée, sans que le tissu qui lui donne naissance paraisse particulièrement altéré primitivement et secondairement.

Ce serait chose séduisante que de poursuivre notre étude dans cette voie, et de donner ainsi une vue d'ensemble des processus patholo-

giques de la peau, qui embrasserait toutes les éventualités et les modifications que ces causes peuvent provoquer dans les divers éléments des tissus de cet organe, et de parcourir dans toute leur étendue la pathologie et l'histologie générales. Aussi bien ne s'agit-il ici essentiellement que de processus qui atteignent aussi les autres organes et qui sont connus par la pathologie générale et par l'histologie pathologique, car il est certain que dans la peau, par exemple, l'inflammation ne modifie pas le tissu connectif autrement que dans le foie. Mais ce qu'il y a ici de spécial, en raison de conditions anatomiques particulières, se rattache au processus morbide spécial, à sa localisation et à son mode d'extension, à sa nature à part, toutes considérations que la pathologie spéciale doit nous faire connaître. Par conséquent il sera préférable de discuter à l'occasion ce point, ainsi que les conditions pathologiques générales correspondantes.

Si nous voulons nous rendre un compte exact des modifications morbides que l'on observe à la surface du tégument, nous ne devons pas attacher moins d'importance à ses conditions physiologiques qu'à ses conditions anatomiques.

Considérée dans son ensemble, la peau est tout à la fois un organe de protection du corps, un organe spécial de sécrétion et enfin un organe de sens spécial. La protection qu'elle fournit au corps, comme enveloppe, est avant tout mécanique; ses trois couches concourent à cette fonction à un égal degré, bien que de façon différente. Le coussin graisseux du tissu cellulaire sous-cutané est particulièrement approprié pour protéger les muscles, les nerfs, les vaisseaux, en un mot tous les organes sous-jacents, contre les accidents inévitables dans le contact avec les agents du monde extérieur. Le derme fournit cette protection par sa solidité, sa grande élasticité et sa souplesse. L'épiderme, enfin, y contribue immédiatement par l'épaisseur de ses couches cornées, ainsi que par leur imperméabilité à beaucoup d'agents nuisibles et toxiques et par son insensibilité propre.

En outre, l'épiderme a des propriétés très importantes pour la calorification et l'économie des humeurs du corps. Quant à la régularisation de la chaleur du corps, il faut évidemment faire abstraction des différentes causes de production de la chaleur, pour s'occuper seulement de la conservation d'un degré déterminé de température du corps considéré comme physiologique. Comme le sang a une température plus élevée que le milieu ambiant normal, le sang céderait de la chaleur jusqu'à égalisation de température, s'il n'y avait pas de dispositions réglant, autrement dit empêchant la déperdition de chaleur. Le rayonnement calorique moyen d'un homme de 82 kilogrammes atteint

en vingt-quatre heures 2,095 à 2,592 calories, c'est-à-dire 1,36 à 1,60 par minute.

Les cellules cornées, mauvaises conductrices de la chaleur, empêchent la déperdition exagérée de la chaleur animale par les vaisseaux superficiels, déficit calorique qui, par la perte de l'épiderme, entraînerait assurément le refroidissement et la mort de l'individu, et, en effet, y conduit, — l'expérience l'a démontré. De plus, la couche cornée exerce encore, en vertu de sa cohérence et de sa résistance, une pression sur les cellules sous-jacentes du corps muqueux et sur les capillaires des papilles, protège leurs parois et empêche ainsi la réplétion exagérée par l'impulsion du cœur, et, médiatement, la déperdition de la chaleur.

On a confirmé scientifiquement et pratiquement bien des fois et déterminé exactement à quel point le rayonnement calorique de la peau dépend de l'état (quantité du sang) de son système vasculaire superficiel. Si les vaisseaux papillaires de la peau sont dilatés, par exemple sous l'influence d'une température extérieure élevée, ou localement par des irritations mécaniques et chimiques, en général avec augmentation notable des battements du cœur (fièvre) ou localement encore par l'arrêt de quelques districts vasculaires à l'aide de ligature (Landois et Hauschild), ou même par stase veineuse, le rayonnement de la chaleur augmente de quelques degrés, jusqu'à 100 0/0, tandis que sur la surface de la peau, privée de circulation par compression au moyen de bandes élastiques, le rayonnement de chaleur diminue considérablement, par exemple à l'intérieur d'un calorimètre d'air atteignit 4°,4 C., la chaleur de la peau normale étant de 5°,6 C. (Winternitz).

Même pour l'économie des humeurs du corps, l'épiderme a une valeur régulatrice. Aussitôt que, dans une région quelconque, l'épiderme fait défaut, on voit transsuder une grande quantité de sérum sanguin des cellules du corps muqueux, ou plus exactement des vaisseaux papillaires, et ce suintement dure aussi longtemps qu'il ne s'est pas formé une nouvelle couche cornée protectrice. Lorsque la dénudation se produit sur de grandes surfaces cutanées, la déperdition des liquides devient considérable, et les sujets périssent par là en peu de temps, par exemple dans le pemphigus foliacé; il faut, en outre, tenir compte, dans les mêmes circonstances, de l'irritation des papilles nerveuses exposées à l'action de l'air atmosphérique ou à d'autres influences plus graves encore. On retrouve ces phénomènes, mais à un moindre degré, lorsque la couche cornée de l'épiderme est conservée, il est vrai, mais qu'elle présente une résistance moindre sur une grande étendue, comme dans certaines maladies de la peau, puisque la couche mince du tégument externe favorise un rayonnement considérable de

la chaleur, ce qui se traduit chez le malade par une sensation continuelle de frissons.

Comme organe de sécrétion, la peau fonctionne d'une manière spéciale par l'intermédiaire des glandes sudoripares, des glandes sébacées et de leur système vasculo-papillaire. Il sera question plus en détail, dans le chapitre consacré aux maladies de ces glandes, de leur mode de fonctionnement. Je me borne à signaler ici l'exhalation imperceptible qui se fait à travers les vaisseaux papillaires et que l'on désigne sous le nom de perspiration.

Une partie de cette perspiration représente la respiration de la peau. L'homme sain éprouve, d'après Seguin, par la peau une diminution de poids en vingt-quatre heures de 1/67 de son poids total, qui représente le double de la perte par les poumons; déperdition d'acide carbonique et d'eau. L'acide carbonique figure dans cette déperdition de poids seulement pour 10 grammes (suivant Scharlinger) ou seulement pour 3 gr. 9 (d'après Aubert); tout le reste de la diminution tient à la perte d'eau. On ne sait pas si la peau cède aussi un peu d'azote.

D'autre part, la peau s'assimile de l'oxygène, presque en volume égal à l'acide carbonique excrété.

Mais l'échange de gaz par la peau est, en comparaison de celui qui a lieu par les poumons, si faible (excrétion d'acide carbonique, 1/220, assimilation d'oxygène, 1/180) que sa suppression artificielle peut à peine provoquer un dommage appréciable pour l'organisme; cette condition mérite d'être prise en considération, car beaucoup d'auteurs ont rapporté les suites de certaines affections de la peau à la suppression de la perspiration cutanée.

On ne sait pas encore positivement de quelle manière se fait l'exhalation des gaz et des liquides par les vaisseaux de la peau. Les glandes sudoripares sont ici les voies principales de décharge; c'est un fait incontestable et à peu près incontesté. Mais il y aurait encore à décider si, abstraction faite des conduits excréteurs des glandes, il ne se fait pas par les capillaires des papilles une élimination d'eau et d'acide carbonique, à travers le stratum épidermique.

Cette théorie a contre elle que les cellules cornées sont, dans des conditions ordinaires, imperméables aux liquides et aux gaz; c'est même sur cette propriété que repose une grande partie de leur fonction physiologique, comme organe protecteur, régulateur de la chaleur et des humeurs.

Mais les fentes qui limitent les cellules épidermiques et qui sont en communication avec celles des humeurs de la couche du réseau offrent-elles une voie suffisante pour la substance exhalée? Cette question est la même que celle qui se pose à propos du pouvoir de résorption de la peau.

Il faut attribuer à la peau un certain pouvoir absorbant, qui lui permet de recevoir de l'extérieur et de transmettre à la circulation certaines substances dissoutes ou très divisées.

Toutefois l'absorption cutanée est, en général, faible, très inférieure à ce qui a été longtemps admis, notamment pour les bains; la couche cornée de l'épiderme est peu perméable aussi bien aux liquides qu'aux solides finement divisés, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Fleischer et la critique qu'il a faite des travaux étrangers. Il subsiste, cependant, certaines circonstances, dans lesquelles l'absorption a lieu alors que l'épiderme est intact ; c'est ainsi qu'on ne peut contester la pénétration du mercure dans le traitement par les frictions méthodiques, du goudron, de l'iode, du naphthol et de la graisse, par l'application de ces remèdes sur la peau. Il faut admettre qu'ici l'absorption est favorisée en partie par la pression mécanique (dans les badigeonnages, les frictions), qu'elle a lieu, en partie aussi, par les glandes sudoripares, dont les parois ne sont revêtues que d'une couche simple de cellules épithéliales; ou qu'elle se produit, enfin, sur certaines parties de la peau qui, dans une petite étendue et, par conséquent, inappréciable à l'œil nu, sont dépourvues de leur épiderme corné, mais recouvertes encore de cellules des couches plus profondes, qui peuvent être plus perméables à des solutions et à des corps finement divisés, que ne le sont les couches épidermiques, complètement cornées, de la surface; enfin, comme Ritter le pense, en raison de ses recherches, l'absorption est encore favorisée lorsque, par suite de la propriété chimique de la substance employée, l'épiderme est relâché, gonflé, ou les vaisseaux dilatés par l'inflammation.

Il est vrai que Lassar a démontré que, chez le lapin, la résorption de la graisse a lieu en quantité considérable après qu'on a simplement versé de l'huile en abondance sur le corps dépouillé de ses poils.

Au point de vue physiologique, la peau, comme organe du toucher, acquiert sa plus haute importance, et comme siège des impressions ou sensations tactiles dont la variété est considérable : sensation de pression, de douleurs sous toutes les formes, de brûlure, de piqûre, de chatouillement, de démangeaison, sensation de température, etc., et comme appareil de perfectionnement qui permet d'apprécier la nature physique des corps extérieurs, c'est-à-dire de nous diriger dans le milieu où nous vivons.

Mais la sensation tactile doit être considérée comme une dépendance de la sensibilité générale, au moyen de laquelle nous pouvons percevoir et déterminer avec précision les conditions et les différences locales des régions de la peau qui sont irritées, — la faculté de localiser, —

Ortssinn. Cette faculté spéciale du sens du toucher, liée dans ses variétés à l'inégale distribution des papilles du tact, est également très diversement développée sur les différentes régions cutanées ; elle est surtout très prononcée sur les extrémités digitales et aux lèvres qui sont très riches en papilles. Nous devons les résultats les plus instructifs dans ce sens aux remarquables recherches de E.-H. Weber qui, au moyen de ce qu'il appelle le compas tactile, a examiné les différentes régions de la peau quant au degré de leur puissance de sensibilité et de la perceptivité qui en résulte — sens de l'espace. — (Raumsinn). Celui-ci est d'autant plus prononcé que les régions de la peau sont plus fournies de nerfs du tact et que cette partie du tégument externe est susceptible d'une plus grande mobilité. Ainsi on a constaté que chez un adulte, l'application correspondante des deux pointes du compas tactile était encore perçue séparément sur la surface palmaire de la troisième phalange à 2, 3 millimètres, de la deuxième phalange à 4, 5 millimètres, sur la face dorsale de la troisième phalange à 6, 8 millimètres, sur la face plantaire du gros orteil à 11, 3 millimètres. Cependant, outre la différence de localisation, les circonstances accessoires ont une influence sur le degré de perceptivité.

Toutes les variétés de perception de sensibilité indiquées précédemment s'effectuent par les nerfs sensibles. D'après la description de Landois, on pourrait distinguer dans ces nerfs, au point de vue fonctionnel, deux espèces de fibres distinctes : 1° les unes qui transmettraient les sensations douloureuses et seraient, dans le sens étroit du mot, des nerfs sensibles, et 2° les autres qui servent à la sensation du toucher et que l'on pourrait par conséquent désigner comme fibres du tact ou fibres tactiles qui servent en même temps à la perceptivité de la température et de la pression. Toutefois elles ne le peuvent que par l'intermédiaire des impressions mécanique et thermique sur les appareils terminaux du tact. Si au contraire les mêmes causes d'irritation les rencontrent durant leur trajet, par exemple dans le tronc du cubital, elles provoquent seulement une sensation de douleur, mais non de sensation tactile. Goldscheider aussi est, dans ses recherches sur ce sujet, arrivé à cette conclusion que tout au moins les appareils terminaux pour la perceptivité des températures sont anatomiquement séparés de ceux du sens du toucher. Mais en continuant la théorie de Joh. Müller-Helmholtz sur l'énergie spécifique des nerfs sensoriels, Goldscheider a démontré par des recherches délicates que, entre la séparation des points de la peau sensibles à la pression de ceux sensibles à la température, les points sensibles à la chaleur et au froid ne coïncident pas. D'après la dernière communication de Goldscheider, les points sensoriels sont disposés en chaînes linéaires qui s'irradient de certains points de la

peau que l'on peut désigner comme des centres de rayonnement ou comme points centraux sensoriels. La réunion de plusieurs chaînes voisines forment des dessins. Les centres de rayonnement représentant la sensibilité à la température se rencontrent avec ceux des chaînes représentant les sensibiltés à la pression et sont en général localisés dans les poils de la peau, ils ne correspondent pas à leur émergence, mais au niveau de leur papille. Les chaînes des différentes qualités de sens suivent en partie la même direction, en partie une direction divergente et se combinent sous les formes les plus variées.

D'après les recherches de Goldscheider il paraît nécessaire d'admettre une séparation complète des nerfs du froid, de la chaleur et de la pression et un mode d'expansion tout à fait différent de ces nerfs, bien qu'ils paraissent le plus souvent marcher unis jusqu'à leur point de rayonnement. Il est aussi très probable que les nerfs sensibles et les nerfs tactiles possèdent des fibres et des appareils nerveux terminaux différents, et qu'ils ont également dans le cerveau des centres séparés de perceptivité, quoique à cet égard on ne sache rien de positif. A l'appui de cette théorie il faut indiquer :

1° Que tous les organes doués de sensibilité (c'est-à-dire à nerfs sensibles) ne servent pas à la sensation du tact (y compris la sensation de pression et de température), comme l'est, par excellence la peau mais sont, comme les viscères, tout au plus capables de sensibilité à la douleur; 2° que, d'après les résultats expérimentaux et les données pathologiques, les voies de transmission des nerfs tactiles et sensitifs sont séparées dans la moelle. Et en réalité la voie de la sensation localisée du tact passe à travers les racines postérieures dans les ganglions de la corne postérieure et de là dans le cordon latéral pour remonter vers le cerveau (C. Ludwig et Woroschiloff). La voie de la sensation douloureuse traverse les racines postérieures et toute la substance grise, dont une portion minime des colonnes reste encore susceptible de transmission douloureuse, malgré la destruction de toutes les autres portions.

QUATRIÈME LEÇON

Symptomatologie générale. — Symptômes morbides, subjectifs et objectifs, primaires et secondaires. — Division des efflorescences.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Ainsi que cela ressort des études qui précèdent, le tégument externe en vertu de ses propriétés particulières, histologiques et physiologiques,

peut être altéré d'un grand nombre de manières, suivant un mode particulier, bien que le processus pathologique et la modification de tissus qui en dérivent soient essentiellement les mêmes que ceux des autres organes (1).

Mais il résulte aussi de ces rapports une symptomatologie spéciale; il est donc indispensable de les connaître exactement pour apprécier les faits pathologiques.

---

(1) La pathologie cutanée diffère du reste de la pathologie, à la fois en ce que la série entière des processus communs évolue sur la peau à découvert, et parce que ces processus s'y réalisent avec une fréquence et une variété que l'on ne trouve en aucun autre point de l'économie. Dans leur partie la plus accessible à la vue et au toucher, les surfaces muqueuses ne présentent rien de comparable, et jamais les grandes séreuses, alors même que l'on en pourrait suivre comme sur la peau tous les troubles nutritifs, ne témoigneraient de la fécondité illimitée qui appartient au tégument externe, et qui, encombrant sa nosographie d'une foule prodigieuse de genres, d'espèces, de formes et de variétés morbides, en rend l'étude si particulièrement laborieuse.

C'est que, dans les séreuses et dans les muqueuses, rien n'égale l'extrême complexité anatomique de la peau. Pour l'épiderme, nombreuses stratifications histologiquement et physiologiquement individualisées qui peuvent, toutes, isolément et primitivement, être altérées dans leur nutrition, et qui subissent, en outre, chacune à sa manière propre, l'action des processus voisins; — pour le derme et pour l'hypoderme, accumulations de follicules pilaires, de glandes sébacées, de glomérules sudoripares, tous éléments différenciés et autonomes bien qu'étroitement juxtaposés dans la même trame, et qui ont, également leurs lésions primaires de tout ordre, en même temps qu'ils courent tous les risques de voisinage.

Ce n'est pas tout : sur sa surface entière, si vaste, la peau est directement exposée à tous les excitants, vulnérants, et irritants du dehors; — des microphytes et des microzoaires à profusion y arrivent, s'y installent, chacun dans des éléments anatomiques ou dans des régions déterminés, et y créent des lésions typiques, mais extrêmement variables; son innervation sensorielle, vasomotrice, nutritive, source de tant d'actions centripètes, subit de nombreux chocs en retour, et éprouve l'action réfléchie, transmise ou propagée de la plupart des altérations organiques ou fonctionnelles des viscères et des centres; — dans l'aire de ses capillaires généraux ou de ceux qui desservent les organes différenciés, des lésions variées se produisent sous l'action des toxémies autonomes ou extrinsèques; — enfin, toutes les grandes maladies, la syphilis, la lèpre, les cancers, la scrofulotuberculose, etc., s'y inscrivent en formules spécifiques. En voilà assez pour donner un aperçu des limites si reculées du domaine de la pathologie cutanée, pour en faire présumer l'importance, et pour en montrer le génie.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Les symptômes par lesquels se manifestent les troubles nutritifs et fonctionnels de la peau peuvent, en général, se diviser tout d'abord en subjectifs et en objectifs.

Les symptômes subjectifs qui correspondent à la sensation subjective de l'organe cutané se réduisent à l'altération de la sensation : diminution, augmentation, perversion des sensations qualitatives, douleur (névralgie), prurit, chatouillement, fourmillement, picotement, en outre altération de l'irritabilité des réflexes. Il va sans dire que la plupart de ces symptômes ne peuvent être reconnus que d'après les renseignements fournis par le malade ; il en est un certain nombre cependant qui peuvent être constatés d'une manière objective, comme l'anesthésie, ou contrôlés, comme le prurit, lequel, ainsi que nous le montrerons, se trahit invariablement par le grattage, — *excoriations* (1).

---

(1) L'objectivité, sous les réserves que nous allons préciser tout à l'heure (*voy.* la note suivante), est prépondérante en clinique dermatologique, chacun sait cela ; de même, personne ne méconnaît que les symptômes déduits de l'interrogatoire, ou de l'épreuve sensorielle, ont leur valeur rendue variable par le degré d'intelligence ou de véracité du patient, aussi bien que par la compétence ou la sagacité de l'observateur ; mais ne sait-on pas, aussi, que cette valeur est, en fait, souvent considérable, et qu'elle peut même primer, dans quelques cas, celle des signes objectifs.

Dans le but, nous le supposons au moins, de marquer davantage les oppositions des choses et de les imprimer plus facilement dans l'esprit médical, Hebra et ses continuateurs ont abaissé au-dessous du vrai la signification des phénomènes subjectifs dont il s'agit. Voici, par exemple, le prurit, ou l'absence du prurit, ainsi que la série classique des troubles dissociés de la sensibilité cutanée tels qu'on les relève à l'état spontané, ou qu'on les provoque en clinique ; de ce qu'ils sont parfois ambigus, contestables, difficiles à recueillir et à interpréter, cela veut-il dire qu'ils ne constituent pas, dans un très grand nombre de cas, d'excellents moyens d'analyse clinique ? Il suffit de regarder et de voir ce qui se passe chaque jour au lit du malade pour savoir le secours qu'ils apportent.

En ce qui concerne le prurit, dont il est question en particulier dans le texte courant, c'est sortir du réel de dire qu'il se traduit « invariablement » par des « excoriations », et de laisser dans l'ombre l'extrême irrégularité du rapport à intervenir entre la démangeaison, le grattage, et la production, ou le degré, des lésions cutanées qui sont véritablement le résultat mécanique de ce dernier.

Chez les sujets atteints de prurit sénile ou de prurit vulvaire, idiopathiques, vrais, le grattage est des plus énergiques et cependant les excoriations sont minimes, et quelquefois nulles ; s'agit-il, au contraire, d'un prurit lié à des altérations modifiant la consistance et la résistance de l'épiderme et du derme, eczéma, prurigo, ecthyma, pemphigus, etc., les excoriations et autres conséquences du grattage

Les symptômes objectifs des affections de la peau, de beaucoup les plus nombreux et les plus variés, sont la base nécessaire et la plus sûre pour reconnaître et interpréter les processus pathologiques; on ne saurait trop recommander de les étudier avec le plus grand soin. Pour nous servir d'une métaphore qui nous semble très juste, ils représentent les caractères que chaque processus morbide a inscrits lui-même sur la peau, répondant à son degré d'intensité, à sa localisation, à sa marche, au trajet qu'il a suivi, à sa durée. De sorte que, en fait, nous n'avons qu'à observer avec discernement ces caractères, pour en reconnaître aussitôt la cause, la maladie, dans son essence et dans sa forme (1).

Je n'ai pas besoin de vous faire observer que les symptômes morbides objectifs appartiennent aux modifications de tissu appréciables; par conséquent, à ces dermatoses qui consistent, dans leur sens le plus général, en un trouble manifeste de nutrition. Or, comme je l'ai démontré plus haut, ce genre d'altération pathologique étant essentiellement analogue à celui des autres organes et systèmes, on devait croire qu'une pareille concordance se retrouverait dans les symptômes, et que ces phénomènes ne seraient pas, sur la peau, d'une nature particulière; il en est réellement ainsi.

L'hyperhémie se manifestera aussi sur la peau, ainsi qu'en tout autre point, par la réplétion sanguine et la rougeur, l'anémie par la pâleur, l'inflammation par les deux premiers symptômes et par de la tuméfac-

---

seront, on le comprend, toujours plus ou moins intenses. Faut-il ajouter que la nature de l'irritant cutané, le degré de patience ou d'intolérance du sujet, l'agent même du grattage, etc., rendent variables les lésions réflexes du prurit? Cela n'est évidemment pas nécessaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il n'en est pas ainsi constamment, et ce n'est pas cela que nous enseignons ; nous avertissons au contraire expressément que les caractères objectifs d'une affection de la peau, alors même qu'ils sont relevés avec discernement et compétence, ne sont pas toujours suffisants pour la déterminer sûrement, complètement et sans délai. Cela, parce que la polymorphie et le protéisme des dermatoses fournissent sans cesse des figures non classées ; — parce que nombre d'entre elles sont composées d'éléments, similaires individuellement, ou uniformisés par l'identité de localisation anatomotopographique, et parce que chacun d'eux peut être fruste, incomplet ou périmé, selon le degré de l'évolution, ou altéré, dénaturé par quelque circonstance extrinsèque, telle que l'intervention thérapeutique déjà effectuée.

Rien de plus ordinaire que de voir la syphilis, la scrofutotuberculose, la lèpre, les sclérodermies et autres trophonévroses présenter des lésions atypiques que l'objectivité seule est impuissante à différencier. Ne sait-on pas encore que, sur les régions pilaires, à la face, aux sur-

tion, etc. Cependant les phénomènes paraissent ici beaucoup plus distincts, non seulement en raison de ce que la peau est plus directement accessible, mais surtout parce qu'ils se constatent sur l'organe vivant, d'autre part, la structure anatomique spéciale de la peau détermine ou occasionne une disposition spéciale correspondante des processus pathologiques que l'on y observe; en troisième lieu, enfin, les causes morbides dont l'action est propre à la peau provoquent des effets également spéciaux.

Ces conditions multiples, jointes à quelques autres non encore élucidées, il est vrai, aboutissent à un type déterminé, selon lequel une maladie cutanée doit se manifester localement, indépendamment des conditions morbides éloignées. Ainsi lorsque, par une intoxication du sang, comme dans le processus varioleux, un follicule pileux s'enflamme et suppure, cette lésion locale évoluera d'après le même type et présentera les mêmes symptômes que l'inflammation et la suppuration d'un follicule cutané provoquées par le grattage ou par l'irritation sudorale. C'est que les formes anatomiques et la distribution des vaisseaux dans les follicules sont typiques : d'où l'identité invariable que présente leur inflammation (1).

Les divers types de symptômes cutanés constituent les efflorescences « fleurs de la peau. »

---

faces palmaires et plantaires, sur la langue, au prépuce, au gland et à la vulve, les affections les plus vulgaires peuvent se larver et offrir l'aspect le plus ambigu. Voici, par exemple, une lésion squameuse de la paume des mains ; est-ce un psoriasis vrai, une variété d'eczéma, une syphilide squameuse ou cornée, une kératodermie primitive, une des localisations du pityriasis rubra, etc., etc.? Toutes ces affections peuvent se présenter, au premier coup d'œil, de la même façon, et rendre impossible un diagnostic objectif vraiment ferme. Ces difficultés sont de chaque jour, même pour les dermatologistes de profession, nul ne l'ignore. Comment alors ne pas prémunir le praticien général contre ces éventualités incessantes, lui laisser croire qu'il devra établir son diagnostic courant avec la seule objectivité, alors qu'il est indéniable qu'il n'y pourra, très souvent, arriver que par une bonne méthode nosologique et par une intervention effective des autres, de tous les autres, éléments de l'analyse clinique; l'auteur le reconnaît lui-même et le dit excellemment plus loin, au chapitre du Diagnostic.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Rien de tout cela ne doit être pris à la lettre, mais seulement entendu des lésions élémentaires considérées abstractivement ; jamais « l'inflammation et la suppuration d'un follicule cutané provoquées par le grattage ou par l'irritation sudorale » ne déterminent une altération morbide *identique* à celle du foyer variolique, lequel, histologiquement et symptomatologiquement, est entièrement spécifique.

E. B. — A. D.

Cette expression est née au temps où l'on attribuait aux phénomènes extérieurs, dans les maladies cutanées, le rôle principal pour les caractériser, et où l'on ignorait ou l'on négligeait les processus essentiels qui les occasionnent; par comparaison avec ce qu'on observe sur les plantes, on voulait désigner par cette dénomination les lésions qui se produisent sur la peau avec des modifications de couleur ou de forme.

Le nom a été conservé jusqu'à nos jours, sans doute avec une signification pathologique concrète. On entend aujourd'hui par efflorescence de la peau, une modification morbide occupant sur le tégument un espace restreint et circonscrit, et présentant un type déterminé dans sa forme (morphologiquement), son mode de développement, sa marche et sa signification anatomique. C'est d'après ce type qu'on a donné à l'efflorescence une désignation particulière, de sorte qu'à chaque dénomination répond une idée déterminée de l'efflorescence. Il n'en résulte pas qu'il soit permis de prendre telle ou telle qualification pour désigner des maladies cutanées. Il faut bien plutôt nous en tenir aux dénominations et aux notions établies, en général acceptées, et dont, après Plenck et Willan, Hebra a le plus contribué à déterminer exactement la stabilité et le sens (1).

Le processus pathologique qui produit l'efflorescence atteint localement son point culminant par son développement typique. De la sorte, ses symptômes sont identiques aux phénomènes morbides primaires locaux et typiques, — *efflorescences cutanées primaires.* A partir de là l'efflorescence se transforme dans le sens de son développement ultérieur, de sa propagation, de sa modification, de sa régression, etc., soit en ce que le processus morbide local originaire persiste, soit aussi, après sa disparition, par la régularité avec laquelle le processus normal de nutrition compense le trouble qui a lieu dans les tissus. La série des symptômes qui se produisent par cette voie et qui résultent nécessairement des phénomènes primaires, constitue les phénomènes morbides secondaires.

---

(1) Le terme d'*efflorescence* n'est pas usité dans la littérature dermatologique française, où on ne l'applique guère qu'accessoirement à certaines formes éruptives très légères, innominées. Il correspond à ce que nous appelons, à meilleur titre, *lésions élémentaires* des éruptions, ou *éléments éruptifs*, c'est-à-dire aux éléments éruptifs primaires, essentiels, dont les formes et les variétés constituent les éruptions typiques proprement dites.

Il s'en faut que les notions que l'on possède sur ces éléments éruptifs et que leur nomenclature satisfassent aux exigences réelles de la science actuelle ; sans rien retrancher à la gloire de Willan, de Hebra, et des autres qui ne sont pas nommés, il est permis de déclarer nécessaire une revision, et une mise au point plus exacte.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Les phénomènes morbides primaires, ou efflorescences, sont représentés par les types suivants : 1° la *macule;* 2° la *papule;* 3° le *tubercule;* 4° le *phyma;* 5° le *pomphyx;* 6° la *vésicule;* 7° la *bulle;* 8° la *pustule.*

Sous le nom de macule ou tache (1), on désigne toute coloration anormale de la peau limitée à une région circonscrite. Il existe des taches rouges, brunes, jaunes, de diverses nuances, et même blanches; leur forme et leur étendue sont également très variables ; elles sont changeantes et passagères, ou persistantes, congénitales ou acquises.

Les taches rouge vif, et même violet foncé, sont occasionnées par l'hyperhémie des vaisseaux des papilles et de la couche la plus supérieure du chorion ; elles disparaissent par la pression du doigt. S'il existe en même temps une exsudation, ces taches présentent un certain relief, et, si on les comprime, il reste un point plus jaune sur la peau. On leur donne le nom de roséoles lorsqu'elles ont les dimensions d'une lentille ou celles de l'ongle. La rougeur occupe-t-elle un espace plus étendu? C'est de l'érythème. Des taches hyperhémiques dans lesquelles on voit à l'œil nu des vaisseaux, s'appellent télangiectasies; si elles sont

---

(1) Le vocabulaire médical français comprend les deux mots *tache* et *macule :* le terme de *tache*, qui a une importance toute conventionnelle dans la classification willanique, est, en fait, peu usité en dehors des chapitres consacrés aux considérations théoriques ; on dit bien taches de purpura, de roséole, de rougeole, mais il n'est déjà plus d'usage de dire tache d'érythème ; on dit encore taches pigmentaires ou apigmentaires.

Le mot de *macule* est généralement employé comme synonyme indifférent ; il y aurait, cependant, plus d'avantage à le réserver pour les taches *consécutives* à diverses éruptions dont elles ne sont que le reliquat, et qu'il y a intérêt palpable, en pratique, à ne pas confondre avec les taches *primitives*, comme on le voit faire constamment. Telles sont les macules hématiques ou hémaphéiques succédant aux pétéchies ou aux ecchymoses, les macules pigmentaires qui survivent à la rougeole, à diverses roséoles, aux bulles et aux phlyctènes, au lichen vrai, à l'eczéma chez certains sujets, au psoriasis, à la plupart des syphilides, aux irritants physicochimiques, vésicatoire, teinture d'iode, etc. L'intérêt de toutes ces lésions est identique, spécialement rétrospectif, et l'adoption du terme de *macule* pour chacune d'elles aurait, avec le mérite de la régularité, l'avantage de rappeler qu'en présence d'une coloration anormale de la peau, il y a toujours lieu de se demander et de déterminer si elle est primitive (*tache*), ou consécutive (*macule*).

Leloir (*Journal des connaissances médicales*, 1887) a proposé de dénommer taches les troubles de coloration *permanents* ou de longue durée, et macules, les troubles *passagers ;* nous croyons notre proposition, qui a la priorité, plus importante et plus utile en nosographie dermatologique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

congénitales, nævi vasculaires, taches vasculaires. Une tache hyperhémique au centre de laquelle il y a une autre efflorescence, forme, autour de celle-ci, un halo ou une aréole. Ou bien la tache rouge est occasionnée par l'exsudation du sang dans les couches papillaires et la couche la plus supérieure du chorion, elle ne disparaît pas sous la pression du doigt; c'est alors le *purpura.*

Des *taches hémorragiques* punctiformes s'appellent pétéchies ; si elles sont linéaires, elles portent le nom de vibices ; et si elles ont une étendue plus considérable et irrégulière, celui d'ecchymoses.

Des taches bleu rouge, vert jaunâtre et brun jaune, sont le résultat de la résorption des hémorrhagies.

Les taches brun jaunâtre, brun sombre et noir (nigritie, melanose) sont occasionnées par une accumulation exagérée de pigment dans les cellules de la couche la plus profonde du réseau de Malpighi et des couches les plus superficielles de la peau. A la face, elles apparaissent par plaques ou par stries, chloasma ; aux mains et sur d'autres parties du corps, ces taches ont la grosseur d'une tête d'épingle et même celle d'une lentille, taches de rousseur, éphélides, taches lenticulaires, — lentigines et nævi pigmentaires, nævi spili, — taches pigmentaires.

Les taches blanches sont dues à l'absence de pigment ; quand elles sont congénitales, limitées à quelques régions, elles constituent l'achromie ; si elles sont générales, l'albinisme ; quand elles surviennent dans le cours de la vie, consécutivement à d'autres processus pathologiques, ou comme affection indépendante, — leucopathie, vitiligo.

Les taches jaune-paille, jaune-citron, que l'on observe aux paupières et dans les régions avoisinantes, sont produites par l'affection appelée xanthome ou vitiligoïdea, altération de tissu ayant son siège dans le chorion.

A côté des anomalies de coloration déjà citées et plus typiques, il se produit encore des *malcolorations*, dyschromies de la peau, qui apparaissent comme l'expression d'une altération dans l'organisme, telles que la couleur cireuse des chloro-anémiques, les colorations jaune-paille foncé des cancéreux, et brun bronzé des lépreux. Il existe encore des colorations occasionnées par des substances étrangères introduites dans le tissu cutané, comme la teinte jaune par la matière colorante de la bile dans l'ictère, ou la teinte rouge et bleue dans le tatouage au moyen du cinabre, de la poudre de charbon ou de la poudre à canon.

On nomme papule toute petite élevure pathologique de la grosseur d'une graine de pavot jusqu'à celle d'une lentille, solide et s'élevant au-dessus du niveau de la peau. Ces élevures sont arrondies, coniques, aplaties, rouges ou pâles, très dures ou compressibles par la pression et, en général, très différentes au point de vue de leurs caractères par

ticuliers, selon leur siège, leurs éléments constitutifs et leur processus. Tantôt ce sont principalement des amas d'épiderme desséché qui forment l'élevure, comme dans le psoriasis; tantôt elle est représentée par un exsudat et une infiltration cellulaire dans les couches du corps muqueux, comme dans l'eczéma papuleux, ou par une hémorrhagie dans ces dernières couches et dans les papilles, comme dans le lichen hémorrhagique. D'autres fois, l'élevure est constituée par l'accumulation de masses épidermiques à l'orifice des follicules pileux, comme dans le lichen pilaire; par des acini de glandes sébacées dilatées et remplies d'un contenu induré, — *milium;* — ou par des néoformations qui ont leur siège dans le chorion, comme dans le lupus, le sarcome. D'après toutes ces variétés, la durée, la marche, la signification nosologique des nodosités doivent singulièrement varier : quelques-unes sont stables, comme le milium; d'autres se modifient facilement, telles sont les papules occasionnées par l'inflammation ; ces dernières sont susceptibles de métamorphoses très rapides (1).

---

(1) Il a été jusqu'à présent aussi impossible de préciser et de limiter le terme de *papule* que le mot de *tumeur;* l'un et l'autre s'appliquent à tant de choses distinctes et différentes qu'aucun accord ne peut être fait, et que chacun les comprend et les applique à sa manière, souvent de la façon la plus impropre. Personne ne pourra approuver une nomenclature dans laquelle la saillie éphémère des urticaires, l'intumescence momentanée de l'érythème multiforme, l'hyperplasie fixe du lichen vrai, les néoplasies syphilitiques, la plaque carcinomateuse, l'élément initial de la variole ou de l'eczéma voire même du psoriasis, l'encombrement corné des orifices folliculaires, le milium, etc., etc., sont désignés par un terme univoque.

Nous avons, antérieurement, proposé de limiter, et nous limitons pour notre part, l'emploi du terme de *papule* aux infiltrats de la couche supérieure ou *papillaire* du chorion, s'élevant de bas en haut et faisant saillie à la surface de la peau, par opposition avec les *tubercules* qui naissent dans les couches moyenne et profonde du chorion (*tubercules dermiques*) ou dans la couche sous-cutanée (*tubercules hypodermiques*). Leloir (*loc. cit.*), tenant souvenir d'un signe indiqué par l'un de nous pour distinguer les fausses papules, qui sont réductibles par la compression extemporanée, des papules vraies, qui ne le sont pas, divise les papules en *papules congestives* et *papules néoplasiques ;* nous n'y contredisons pas, puisque c'est notre propre division, mais, en fait, cette question appelle de nouvelles études, une discussion méthodique, et elle ne pourrait trouver une solution vraie que dans une entente internationale.

Dans l'état actuel des choses, les variétés de papules sont extrêmement nombreuses ; leurs caractères morphologiques souvent suffisants pour déterminer directement la nature de l'affection à laquelle elles appartiennent, mais non toujours, et quand ils ne sont pas nettement

On désigne plus spécialement sous le nom de *Stippchen* (petites élevures ou pointillé papuleux) de petites papules enflammées qui sont entourées d'une aréole (1).

Les tubercules sont des nodosités pathologiques de la peau, circonscrites, dures, en général assez grosses, du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Ils peuvent être profondément situés dans la peau, de sorte que le doigt seul les circonscrit et les reconnaît, ou bien ils font une légère saillie sur la surface cutanée, dont ils soulèvent l'épiderme. Par leur signification pathologique ils se rattachent étroitement aux papules (2).

---

dessinés, le secours des autres éléments de jugement reste nécessaire. Pour toutes les pseudopapules, la forme et l'aspect sont extrêmement variables, même pour une seule affection aux différentes phases de l'évolution.

On doit savoir, enfin, qu'une papule peut être *préexistante*, *associée*, ou *secondaire* à un autre élément dermatographique tel qu'une vésicule ou une pustule ; d'où les *formes mixtes*, papulovésicule, papulopustule et les *dénominations composites* d'eczéma papuleux, de lichen acnéique, de syphilides papulovésiculeuses, papulopustuleuses, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Exemple : Les papules prépustuleuses de la variole.

E. B. — A. D.

(2) Ce n'est ni le volume, ni la consistance qui différencient le *tubercule* de la papule ; il y a des papules dures et géantes comme il y a des tubercules nains et mollasses ; ce n'est pas davantage le mode évolutif, la qualité résolutive, ni tout autre caractère de même ordre, qui peuvent être invoqués.

Empruntée à la botanique, la dénomination de tubercule est purement *anatomotopographique ;* elle implique, comme pour le tubercule végétal, l'évolution profonde intradermique contrairement à la papule qui naît des couches supérieures, et pointe en haut. Nulle autre différence n'existe entre la papule et le tubercule lesquels peuvent être hyperplasiques, néoplasiques de la même manière, de la même façon et au même titre ; nulle n'est plus importante à considérer et plus immédiate, la seule notion de profondeur ou de superficialité ayant, à égalité de lésion, une signification toute différente, soit par la gravité intrinsèque des néoplasies intradermiques profondes, soit par la série des altération nécrobiotiques, absolument différentes à la surface ou à la profondeur du chorion. Au demeurant, les deux lésions élémentaires n'ont, pas plus qu'il n'y en a dans le derme, de séparation *absolue*, et l'on est, à ce point, souvent embarrassé de savoir si l'on a affaire à une papule ou à un tubercule que les mots de papulotubercule ou de lésions papulotuberculeuses sont du domaine dermatologique courant.

Ce n'est pas seulement avec la papule que le tubercule affecte des connexions intimes, c'est encore avec la *gomme ;* dans le lupus tuber-

On donne le nom de phyma (Knollen) à des nodosités plus larges que les précédentes semblables à des tumeurs ayant leur siège dans le tissu conjonctif sous-cutané et s'étendant quelquefois jusque dans le chorion; parfois elles poussent le derme au-devant d'elles, et, dans ce dernier cas, forment des tumeurs pédiculées (1).

Le pomphyx (Urtica, Quadell) représente une élevure cutanée rouge tendre ou blanc brillant (*urticaria porcellanea*), et entourée d'un liséré rouge, plate, formant une saillie semblable à un plateau, dure au toucher, de la grosseur d'une lentille jusqu'à celle de l'ongle, de forme arrondie ou irrégulière. Chaque pomphyx à une évolution très aiguë comme instantanée, et une durée éphémère. La base est formée par une exsudation limitée, surtout séreuse dans les papilles et la couche muqueuse. Le pomphyx peut s'étendre beaucoup en largeur, tandis qu'au centre il disparaît. Il en résulte ainsi des formes circulaires et gyroïdes. Leur présence est toujours accompagnée d'une sensation de brûlure et de prurit (2).

La vésicule est une élevure formée par l'épiderme, du volume d'un

---

culeux aigu, dans la lèpre tuberculo-ulcéreuse, dans les lésions dites syphilides tuberculo-ulcéreuses, la lésion élémentaire est mixte; c'est un tubercule gommeux ou une gomme tuberculeuse, et le mot de syphilide tuberculo-ulcéreuse, par exemple, est absolument synonyme de syphilide tuberculogommeuse. C'est par erreur que l'on a voulu attribuer la gomme à l'hypoderme exclusivement; dans la scrofulo-tuberculose, comme dans la syphilis, la gomme peut évoluer en entier dans le chorion ainsi que dans tous les autres points de l'économie.
ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le « *phyma* » a donc, comme la papule et comme le tubercule, le niveau dans la peau comme caractère fondamental; il est *hypodermique*. En français le mot de *phyme* (de φύομαι, *croître,* faire *tumeur*) existe, mais il est inusité et n'a aucun avenir; nous disons nodosités, plaques, tumeurs ou tubercules sous-cutanés (hypodermiques).

Après cela, il reste une série nombreuse de lésions dermiques et hypodermiques qui ne sont pas représentées dans la nomenclature, et qui correspondent au terme de tumeurs, tels les condylomes, papillomes, épithéliomes, myomes, dermatofibromes, xanthomes, lymphadénomes, sarcomes, etc.; nous les désignons génériquement sous le nom de dermatomes.
ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Nous nous servons en français, pour dénommer les lésions élémentaires qui correspondent au mot de *pomphyx*, des termes de papule ou de *plaque;* papules d'urticaire, *plaques ortiées;* le mot de *pomphyx* n'a pas, étymologiquement, d'autre signification (πομφοσ, πομφιξ, πομφόλυξ) que celui de *vésicule*, ou d'éminence contenant un liquide, et les mots de *pomphus*, *pomphos* (ou pomphe, si on les francisait), n'auraient que très peu de chances d'être adoptés; et ils reste-

grain de millet jusqu'à celui d'une lentille, contenant un liquide limpide, ou plus ou moins trouble, lactescent, plus rarement sanguinolent. Les vésicules contenant un liquide transparent comme de l'eau représentent le type régulier. Le contenu est un exsudat séreux qui, après la déchirure de l'enveloppe de la vésicule, s'échappe sous forme d'une goutte limpide. La vésicule normale est translucide; c'est seulement après quelque temps d'existence que le contenu devient lactescent et trouble par l'addition d'éléments figurés (cellules, noyaux, masses moléculaires), et par une métamorphose lactescente de ces éléments. Souvent, dès le début, survient une hémorrhagie; le plus ordinairement, elle est consécutive et rend le contenu rouge bleu foncé et trouble; de son côté, la coloration du tissu sous-jacent contribue à donner à la vésicule son fond pâle, rouge ou noirâtre, hémorrhagique. Certaines vésicules ont une forme hémisphérique, d'autres sont acuminées, d'autres enfin ont à leur centre une légère dépression, ombilic. En outre, leur consistance est très variable; les unes sont très dures et supportent sans se rompre une forte pression. Ces vésicules ont une enveloppe épaisse; aussi dit-on que, dans ce cas, elles sont situées profondément. D'autres n'ont qu'une enveloppe très mince, qui se déchire facilement et permet l'issue de leur contenu ; ces dernières sont plus superficielles.

La vésicule est toujours le produit d'une exsudation séreuse aiguë,

---

raient sans signification pour toutes les générations médicales actuellement constituées.

Le type des élevures, ou intumescences diverses dont il s'agit, est fourni par l'urticaire, et la dénomination de *plaques ortiées* leur est le plus souvent appliquée; leur caractéristique réside dans la rapidité de leur élévation et de leur délitescence ; — leurs dimensions varient à l'infini, depuis le grain de mil jusqu'à des lacs de la grandeur de la main ; — l'état plan, plan concave ou plan convexe de leur surface, leur superficialité tout épidermique, quelque élevé que puisse être leur niveau au-dessus de la surface cutanée ; — la variété de leurs colorations : normale, anémique, érythémateuse, cyanique ou hémorrhagique, et les nuances de leur aréole. Exceptionnellement indolentes, elles sont très habituellement précédées et ordinairement accompagnées de diverses variétés de sensations hyperesthésiques, de prurit, de formications, de picotements, de brûlures, etc. Leur siège anatomique dermo-épidermique, leur constitution grossièrement œdémateuse et hyperhémique, ont été depuis longtemps déterminés histologiquement sur le tissu vivant par Gruby ; les progrès de la technique microscopique, la généralisation des recherches de biopsie clinique et la conception plus avancée des rapports de l'innervation avec la circulation de la peau, ont permis, comme nous le verrons plus loin, de déterminer d'une manière moins incomplète l'anatomie et la physiologie de ces lésions cutanées.

provenant des vaisseaux papillaires; elle est due à l'accumulation plus ou moins considérable de l'exsudat qui se trouve disséminé dans les couches épidermiques. Cette exsudation a pour premier effet de tuméfier les cellules du corps muqueux et de les séparer les unes des autres. La couche cornée imperméable est, au contraire, soulevée, et forme le sommet de la vésicule. Selon que l'exsudat est situé plus ou moins profondément, l'enveloppe vésiculaire sera plus mince et plus fragile, ou plus épaisse et plus résistante (1).

De même, il se produit encore des vésicules quand il se fait une exsudation séreuse entre les couches épidermiques entourant les orifices folliculaires et glandulaires, et dans l'intérieur même de ces conduits. L'étude histologique de la formation des vésicules est très instructive et a attiré déjà l'attention de beaucoup d'auteurs. Je vous en parlerai plus loin d'une manière détaillée. Chaque vésicule a une existence très limitée. Ou elle s'affaisse par résorption de son contenu, ou elle passe, par transformation purulente, à une autre forme d'efflorescence, la pustule.

Il en est de même pour l'efflorescence appelée bulle. Elle possède à tous égards les mêmes caractères que la vésicule, dont elle ne se distingue que par ses dimensions plus considérables, qui sont celles d'une fève, d'une noix ou d'un œuf. On voit des bulles à contenu principalement séreux, d'autres à liquide trouble et sanguinolent, les unes superficielles et à enveloppe épidermique très mince, comme dans le pemphigus, les autres très profondément situées et comprenant la couche muqueuse tout entière, comme certaines bulles, suites de brûlure (2).

Les plaques ortiées ont souvent une assez grande analogie avec des papules véritables, c'est-à-dire avec de vrais infiltrats dermopapillaires ; l'examen attentif de tous leurs caractères directs, indirects ou éloignés, permettra le plus ordinairement de les distinguer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La *vésicule* s'entend des petites élevures *de la couche cornée* soulevée par un liquide intra-épidermique au niveau de son point faible d'adhérence, la zone granuleuse. Selon l'épaisseur de la couche cornée qui forme la voûte, et non selon la nature de la maladie, la rupture de la vésicule est plus ou moins prochaine, ou retardée; elle peut même ne pas s'effectuer, et le liquide contenu être résorbé. Quelques vésicules, celles de l'eczéma, sont très superficielles et très éphémères; d'autres, plus profondes, celle de la dysidrose palmaire par exemple, chez les sujets à couche cornée professionnellement épaisse, ont une durée assez longue. E. B. — A. D.

(2) En sémiologie, la *bulle* (type pemphigus) ou la *phlyctène* (types brûlure, gangrène, vésication, etc.) n'ont pas d'autre distinction

La pustule est constituée par une élevure épidermique remplie de pus et, par conséquent, paraissant colorée en jaune, en jaune vert, ou, par le mélange du sang, en brun vert. On trouve à la base de la pustule le tissu de la peau rouge, car la suppuration suppose par elle-même une inflammation locale plus intense, ou bien en est la conséquence. Souvent la pustule s'est formée de telle sorte qu'un follicule pileux en occupe le centre; dans ce cas, le pus s'accumule également dans le canal excréteur. Autrefois, on distinguait plusieurs espèces de pustules : l'achor, pustule dont je viens de parler en dernier lieu, dont le centre est traversé par un poil; les pustules psydraciées, pustules analogues, mais plus larges, et enfin les pustules phlysaciées qui sont plus volumineuses et dont le contenu présente la coloration hématique. On attache peu d'importance à ces distinctions et elles sont, du reste, peu usitées dans la terminologie pratique. Bien plus souvent, au contraire, on trouve le nom d'impétigo pour désigner des pustules plus petites et superficielles, et celui d'ecthyma pour les pustules plus volumineuses et situées plus profondément.

Par le mot pustule on entend la suppuration qui a lieu seulement à l'intérieur des couches épidermiques; cependant, on ne peut le dire que d'une manière générale et pour la première période de son existence. Plus tard, le tissu papillaire qui constitue sa base peut également suppurer. Si dans ce processus l'épiderme seul est détruit, la perte de substance est réparée par un épiderme nouveau, c'est-à-dire la pustule se guérit sans cicatrice. Mais toutes les fois qu'une partie du tissu conjonctif de la peau (les papilles) a été détruite par la suppuration, la guérison n'a lieu que par l'intermédiaire de tissu conjonctif de nouvelle formation, c'est-à-dire par une cicatrice (1).

---

d'avec la vésicule que celle qui se base sur le volume. Histologiquement, l'épaisseur et la complexité de la voûte, l'absence de cloisonnement (Leloir) distinguent nettement la bulle, qui peut être infiniment plus petite que la vésicule (sudamen comparé à une vésicule d'herpès); mais nous ne voyons, pour le moment, aucun moyen de concilier l'usage établi avec la réalité, et de rectifier, sur ce point, le langage dermatologique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le terme de pustule, aujourd'hui uniformément compris, et assez anciennement bien défini (*vesicula quæ pus fert est pustula*), avait gardé, pour plusieurs auteurs, jusqu'au commencement de ce siècle, la signification générique de bouton, de saillie cutanée pleine ou liquide. La dénomination de *pustules syphilitiques* comprenait toutes les syphilides. Trappe, an X de la République, Lagneau, 1803, et Cullerier, 1820, décrivaient des « pustules » ortiées, miliaires, galeuses, lenticu-

J'ai déjà indiqué à plusieurs reprises que les formes morbides primaires décrites jusqu'ici, une fois constituées, doivent, dans leur évolution normale, conduire à d'autres modifications locales d'un genre différent, mais également typique : altérations secondaires.

Telles sont : 1° les *excoriations;* 2° l'*ulcère cutané;* 3° les *rhagades;* 4° les *squames;* 5° les *croûtes;* 6° les *croûtes lamelleuses;* 7° la *cicatrice;* 8° la *pigmentation.*

Les excoriations sont, comme l'indique leur nom, des solutions de continuité de la couche supérieure de la peau, particulièrement de la couche cornée. Malgré leur peu d'importance anatomique, elles jouent un rôle considérable en dermatologie sous le rapport du diagnostic et de la pathologie. Leur forme, leur nombre, leur localisation et les symptômes objectifs de leur fréquent retour sont caractéristiques pour le diagnostic de certains processus morbides. Si avec l'ongle comme dans le grattage, ou au moyen d'une épingle, on ne déchire que la couche cornée de l'épiderme, il en résulte un sillon correspondant, limité par de fins débris épidermiques. Par l'irritation mécanique, les vaisseaux papillaires lésés se resserrent d'abord, de telle sorte que l'on voit apparaître une ligne blanche (anémique), qui, suivant l'irritabilité de la partie atteinte, dure plusieurs secondes, puis les vaisseaux se dilatent et se remplissent rapidement et apparaissent comme une strie rouge (hyperhémique) qui peut persister quelques minutes. Souvent aussi la traînée blanche, primitivement anémique, s'accompagne immédiatement de traînées rouges (hyperhémiques). Puis la rougeur et la desquamation disparaissent, celle-là rapidement,

---

laires, merisées, muqueuses, squameuses, etc. C'est seulement après les travaux de Biett et de ses élèves que, avec Plenck et Willan, la valeur réelle du mot fut restituée.

Biett reconnaît quatre variétés de pustules : *Achores* (d'où achorion) pustules traversées par un poil; — *Favi,* nos godets actuels, que l'on considérait alors comme des productions purulentes; — *Psydracia,* pustules petites développées sur une surface érythémateuse, ayant une base indurée ou non : impétigo, acné miliaire, etc.; — *Phlyzacia,* pustules plus larges, aplaties ou globuleuses, *précédant* soit une induration, soit une ulcération, soit une eschare : ecthyma, rupia. Ces qualifications sont aujourd'hui tombées en désuétude, mais il est utile d'en avoir une idée assez exacte, de même qu'il est indispensable de se rappeler les différentes acceptions du terme de pustule aux diverses périodes, pour interpréter exactement quelques auteurs antérieurs à l'époque de Biett et de son école. Aujourd'hui, on n'a pas encore donné de classification nouvelle des pustules qui ait été classiquement acceptée. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

celle-ci progressivement, grâce à l'épiderme qui se forme de nouveau. Mais, si un même point est le siège de grattages fréquents ou d'irritations répétées, les hyperhémies qui en résultent auront pour conséquence une extravasation de pigment sanguin ; on verra alors persister pendant plus longtemps des stries brunâtres. Si l'éraillure atteint et met à nu la couche muqueuse plus profonde, elle apparaît humide et colorée en jaune grisâtre ; il s'écoule, des couches succulentes du corps muqueux, de la sérosité bientôt desséchée et donnant une masse d'un brun jaune, laquelle, au bout de quelques jours, est soulevée par le nouvel épiderme et tombe. Si l'excoriation atteint le corps papillaire, les vaisseaux sanguins de ce dernier sont lésés en partie, et il s'extravase un peu de sang, excoriation sanguine. Toutes ces excoriations finissent par guérir sans laisser de traces permanentes, puisque le seul tissu détruit est l'épiderme. Mais il se peut aussi que des excoriations soient accompagnées de lésions plus importantes et de la destruction du tissu papillaire : par exemple, si la violence mécanique qui les a occasionnées a été intense, comme le grattage, dans la démangeaison très vive qui accompagne le prurigo et le prurit cutané ; ou lorsque l'épiderme et la couche papillaire sont devenus, par suite d'une maladie antérieure, lâches, tuméfiés, vulnérables ; enfin lorsqu'il y a eu des nodosités, des vésicules, des pustules sur lesquelles il s'est produit des excoriations. D'autre part, ces excoriations sont plus ou moins profondes, suivant le degré d'inflammation de la partie atteinte et la nature des lésions. Sur les plaques d'urticaire, par exemple, dans lesquelles l'épiderme est infiltré de sérosité et relâché sur une grande étendue, les excoriations seront constituées par des sillons larges et profonds ; sur les petites papules du prurigo, l'épiderme détruit sera remplacé par une petite croûtelle sanguine de l'étendue d'un grain de millet.

Les ulcères cutanés sont également des lésions secondaires. Ils ne surviennent que dans une région de la peau préalablement enflammée ou malade de toute autre façon ; ce sont des pertes de substance intéressant le chorion, qui sécrètent un liquide différent du pus normal et, par conséquent, ne se cicatrisent qu'avec lenteur, parce que la granulation destinée à la réparation de la perte de substance est retardée ou entravée par des causes locales ou générales.

Dans chaque ulcère on distingue un fond et un bord, c'est-à-dire le liséré périphérique interne ; les bords peuvent être lisses, échancrés, rongeants, creux, soulevés ; quant à la forme, on en observe de ronds, de cratéroïdes, de réniformes, de serpigineux ; quant à la marche, il en est d'aigus, de chroniques ; il y aurait d'autres considérations à faire valoir se rapportant à la cause, à la signification, à la localisation des

ulcères et j'aurai à vous en parler dans la pathologie spéciale (1).

Les rhagades, *rimæ cutis*, sont des fissures de l'épiderme en forme de sillons ou de fentes. Souvent aussi elles sont plus profondes et arrivent jusqu'au derme; elles sont alors limitées par des bords taillés à pic, dont le fond est saignant ou ulcéré. Elles surviennent à la suite de tiraillements, de distension des muscles sous-jacents, lorsque la peau étant malade, a perdu son élasticité, ou par le fait de la sécheresse de l'épiderme (2).

---

(1) Pour exprimer les diverses modalités principales du phénomène de l'*ulcération cutanée*, nous avons trois mots français, qu'il n'est pas sans intérêt de préciser et d'appliquer exactement, *exulcération*, *ulcération*, *ulcère*.

Exulcération. — Ce mot convient à toutes les lésions érosives superficielles de la peau résultant de la suppression momentanée, sur une plus ou moins grande surface, du revêtement corné et de la mise à nu du corps muqueux, telles par exemple que les dénudations du vésicatoire superficiel, de l'eczéma, du pemphigus, ou des mille érosions diverses produites par les traumatismes communs. Alors même que les sommets papillaires ont été érodés et saignent, la réparation de l'épiderme corné se fera toujours *ad integrum, sans cicatrice permanente,* avec ou sans hyperpigmentation. Pratiquement, cette distinction a une véritable importance pronostique.

Ulcération. — Cette dénomination appartient aux pertes de substance réelles résultant d'un processus ulcératif, quelle qu'en soit l'origine; la zone papillaire du derme a été profondément altérée, elle ne peut plus se *régénérer* intégralement et se *répare* par prolifération conjonctive commune avec couche épithéliale simple, c'est-à-dire avec une *cicatrice.*

L'ulcération est extrêmement fréquente, elle succède à une nombreuse série de lésions dermiques à processus actif et individualisé; on doit savoir reconnaître ces lésions, en annoncer d'avance le résultat inévitable, la cicatrice, et l'on pourra fort souvent, par des soins appropriés, en atténuer considérablement les effets fâcheux; un grand nombre des cicatrices *vicieuses* que l'on rencontre chaque jour auraient pu être évitées si le médecin avait su prévoir et agir; nous reviendrons sur ce point à propos des *cicatrices.*

Ulcère. — Ce mot ne s'applique exactement qu'aux ulcérations profondes, prolongées, permanentes, chroniques, définitives. — Types : ulcères variqueux, lépreux, épithéliomateux, carcinomateux, scrofulo-tuberculeux, lymphadéniques, etc. Ce ne sont plus seulement des cicatrices simples ou vicieuses qui peuvent être, ici, produites, mais des destructions complètes du derme, de l'hypoderme, et des tissus ou organes sous-jacents : ulcères perforants, térébrants, décollants serpigineux, mutilants. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Les déchirures de l'épiderme ont une dénomination propre, étymologiquement correcte, *rhagade* — de ῥαγὰς, déchirure — qui leur

On désigne sous le nom de squames des lamelles épidermiques qui se détachent de la surface cutanée. A l'état physiologique, il se produit une exfoliation imperceptible, mais cependant incontestable, en même temps qu'une régénération par les cellules du corps muqueux. A l'état pathologique, cette exfoliation est très appréciable. La chute de l'épiderme s'appelle desquamation, lorsqu'elle survient à la suite d'un processus morbide local ; considérée comme affection indépendante, elle est connue sous le nom de pityriasis. Les squames se détachent sous forme de petites pellicules semblables à du son, ou bien elles sont plus grandes, minces, blanches et luisantes, ou d'un blanc sale, sèches ou graisseuses, ou d'écailles plus épaisses, en forme de plateau, ou enfin de grands fragments, cohérents, parcheminés, en doigt de gant, etc. C'est à ces variétés qu'on a donné le nom de desquamation furfuracée, lamelleuse, siliqueuse, etc.

Dans certaines formes morbides (psoriasis), les squames se réunissent en petites masses ou en lamelles de grandeurs diverses, qui sont peu adhérentes aux cellules plus profondes, mais qui, cependant, adhèrent assez longtemps à la peau et ne se desquament que dans leurs couches les plus superficielles.

Des squames sont fournies encore par les glandes sébacées, car elles sécrètent continuellement une énorme quantité d'épiderme qui contient de la graisse et qui se dépose sur la surface cutanée (séborrhée sèche) (1).

---

a, de tout temps et partout, été justement appliquée, mais le terme de fissure est, aujourd'hui encore, presque exclusivement usité en France, le mot de *rhagade* ayant été compromis par les vénéréologistes qui, tout à fait arbitrairement, l'avaient appliqué aux fissures vénériennes ou syphilitiques. Elles n'ont aucune spécificité et appartiennent à une série d'affections cutanées, au premier rang desquelles le psoriasis et l'eczéma.

Les rhagades, ou fissures, sont *plicatiles, périarticulaires,* ou *orbiculaires;* elles sont très douloureuses du fait de la mise à nu et de l'érosion des sommets *papillaires;* elles sont saignantes, gênent les fonctions et les mouvements, — contracture anale ou vulvaire, atrésie buccale fonctionnelle, rétraction des membres avec contracture musculaire simulant, par exemple, la rétraction de l'aponévrose palmaire ou l'ankylose du genou, etc. Convenablement traitées, elles guérissent très aisément et sans cicatrices; négligées ou irritées, elles durent indéfiniment et peuvent s'ulcérer. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il est nécessaire d'ajouter ceci : La desquamation, ou exfoliation morbide de la couche cornée de l'épiderme sous forme de squames de toutes dimensions et affectant les dispositions les plus variées, est un phénomène extrêmement fréquent et d'une grande importance en

On appelle croûtes les masses qui sont le résultat de la dessiccation sur la peau de sérum, de pus ou de sang extravasés. Les premières ont, lorsqu'elles sont récentes, la couleur de la gomme, du miel; les dernières sont brunes ou noires. Au début, ces croûtes sont assez molles et élastiques; plus tard, elles deviennent sèches, dures, cassantes et prennent une mauvaise coloration par leur métamorphose interne et différents mélanges. Leurs dimensions répondent, en général, à la quantité du liquide extravasé, et elles peuvent devenir très épaisses quand, durant quelque temps et progressivement, l'exsudat, le pus ou le sang sourdent à leur face inférieure et se dessèchent.

Leurs formes correspondent le plus souvent à celle de la région cutanée lésée, et qui a donné une issue au sérum, au pus et au sang. Elles affectent des dispositions particulières, lorsque le processus de suppuration, qui en est la base, progresse continuellement du centre à la périphérie. Les croûtes paraissent alors composées de cercles concentriques ou de disques, dont le plus central représente le plus petit et le plus ancien. La croûte est ombiliquée au centre et concave, lorsque l'exsudation a cessé sur ce point, ou bien conique et convexe quand celle-ci persiste malgré le progrès périphérique et fournit encore en

---

dermatologie. Tantôt accessoire, localisée ou partielle, secondaire, consécutive (comme dans les exanthèmes et les pseudo-exanthèmes communs, les épidermites vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuses), l'exfoliation cornée devient, au contraire, dans d'autres circonstances, l'essence même, ou du moins le phénomène capital vraiment solennel de la dermatose, dans l'ichthyose, le psoriasis, dans toute la série des érythrodermies exfoliantes *primitives* (pityriasis rubra de Hebra, pityriasis de Devergie ou pityriasis rubra pilaire, maladie de Wilson-Vidal-Brocq, etc., ou autres formes à classer, érythèmes scarlatiniformes récidivants — ou *secondaires*, psoriasis rubra généralisé arthropathique, eczéma rubrum généralisé exfoliant, etc.

En sémiologie cutanée on utilise les dispositions, les formes et les dimensions très variées de la dèsquamation, depuis le vaste lambeau classique de la scarlatine jusqu'à la plus fine squamule poussiéreuse; on note les cas dans lesquels elle s'étend jusqu'aux phanères ; on précise la forme et le mode d'insertion des squames, leur disposition en mosaïque, en lambeaux réguliers, imbriqués ou juxtaposés, etc.; mais aucun de ces phénomènes ne peut servir à constituer une espèce morbide véritable.

C'est seulement à titre exceptionnel, ou provisoire, que nous conservons la dénomination de *pityriasis* à une série d'affections différentes, qui ont, toutes, parmi leurs symptômes, une desquamation plus ou moins en écailles de son, telles que le P. sébacé ou pityriasis simple des régions pilaires; le P. eczémateux des mêmes régions et de la face, le P. exfoliant des vieillards ou des cachectiques, les P. para-

dessous des matériaux pour l'épaississement de la croûte. Ces dernières formes de croûtes constituent le caractère du rupia (1).

Les croûtes lamelleuses sont un mélange de croûtes et de squames.

La cicatrice est un tissu de nouvelle formation implanté dans la peau et destiné à combler une perte de substance dans le tissu conjonctif de la peau (non de l'épiderme). Sa surface est lisse, luisante et ne présente ni les aspérités, lignes et sillons caractéristiques de la surface cutanée normale, ni pores, poils et papilles; les cicatrices récentes sont rouges, les plus anciennes d'un blanc brillant, parfois pigmentées en brun à la périphérie; leur consistance est plus ou moins dure. Leur surface est au niveau de la peau normale, ou un peu au-dessous, mais elle le dépasse encore assez souvent (cicatrice hypertrophique). L'étendue et la forme de la cicatrice ne correspondent pas entièrement à la perte de substance qu'elle remplace, parce que, durant sa formation, et plus tard encore, elle se rétracte. Une belle cicatrice est mince, molle, lisse, mobile; une cicatrice difforme est, au contraire, tuméfiée, bosselée, dure, saillante, striée, réticulée.

La cicatrice consiste en un réseau irrégulier de tissu conjonctif de nouvelle formation. Dans les cicatrices récentes, celui-ci est plus homogène, riche en corpuscules conjonctifs, en cellules rondes et en vaisseaux. Avec l'âge, la substance intercellulaire devient plus distinctement fibreuse et pauvre en sucs, en cellules et en vaisseaux (2).

La pigmentation s'observe comme symptôme consécutif de processus

---

sitaires (trichophytique, favique, versicolore, anomœon, etc.), les P. rosé et circiné, le P. rubra de Hebra et de divers autres, le P. rubra pilaire, etc., toutes affections absolument distinctes, on le voit. Cela est tolérable, à la condition expresse d'ajouter au mot *pityriasis* les qualificatifs nécessaires pour spécifier l'affection dont il s'agit, mais employé *seul*, le mot de pityriasis, dont les médecins se servent encore quand ils ne savent pas exactement ce dont ils parlent, est dépourvu de toute valeur et de toute signification. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Réservant la question de l'authenticité du *Rupia* comme genre dermatologique, nous rappelons que les *croûtes conchyliformes* s'observent dans diverses lésions qui n'ont rien du rupia; gommes scrofulotuberculeuses ou syphilitiques ulcérées, syphilides tuberculogommeuses, ecthyma ulcérant, etc.

Le musée de l'hôpital Saint-Louis renferme plusieurs moulages démonstratifs; le premier en date porte le n° 239; il a été déposé en 1872 par M. Lailler avec l'étiquette : « *Gomme simulant une croûte de rupia.* »
E. B. — A. D.

(2) La *cicatrice*, dernier acte, reliquat d'un processus éteint, a surtout une *valeur sémiotique rétrospective ;* sa recherche fait partie intégrante de toute anamnèse bien dirigée ; son existence ou son

antérieurs accompagnés d'hyperhémie et, par conséquent, inflammatoires ou néoplasiques. La coloration dépend de l'étendue et de la forme, de la localisation et de la marche du processus; elle est persistante ou passagère, et, dans ce dernier cas, elle est surtout prononcée sur les points malades les plus récents; elle est moins marquée et même disparaît complètement sur les régions les plus anciennement affectées.

Aux propriétés morphologiques des efflorescences que je viens de décrire se rattachent une série de phénomènes très importants pour la symptomatologie et qui tiennent à leur distribution, à leur disposition et à leur extension; ces caractères n'ont point d'analogues dans la pathologie des autres organes et méritent d'attirer votre attention.

Les efflorescences se trouvent sur la peau à l'état isolé (*Efflorescentiæ solitariæ*), ou séparées (*E. discretæ*) et dispersées (*E. dispersæ*) ou irrégulièrement confluentes (*E. aggregatæ confertæ*), ou bien elles sont réunies en groupes réguliers (*E. corymbosæ*), ou encore elles présentent simplement une forme annulaire (*E. annularis* ou *circinatus*), et il semble qu'à ces différents points de vue, et indépendamment des causes locales et générales, on ne puisse établir rien de régulier.

Les efflorescences ont cependant une stabilité très remarquable et, dans bon nombre de cas, elles sont localisées et groupées avec une régularité parfaite, et c'est à leur distribution générale qu'on a donné le nom d'éruption cutanée ou d'exanthème.

Cette régularité se révèle en partie par les dispositions, en général symétriques, des efflorescences, comme on l'observe sur des points des moitiés gauche et droite du corps, sur la paume ou sur la face dorsale des mains, au niveau des articulations des genoux et des coudes.

On pourrait faire intervenir, dans certains cas, pour cette localisation de l'éruption, particularité qui a été observée de tout temps et surtout par Hebra, une excitation des centres vasomoteurs situés dans l'axe gris de la moelle. Du moins dans un cas d'éruption bulleuse aiguë, fébrile, avec localisation symétrique, observé dans notre clinique et dont l'autopsie fut faite, Jarisch a constaté, au même niveau anatomique et

---

absence, son siège, sa forme, sa multiplicité ou son unicité, sa couleur, tous ses caractères en un mot, servent à reconstituer une lésion passée et à juger une lésion présente : la syphilis héréditaire récente ou tardive, la syphilis secondaire anomale et la syphilis tertiaire, le chancre simple, la scrofulotuberculose, plusieurs espèces d'acné, la variole, la vaccine, la varicelle, la lèpre, le décubitus aigu, les nécrodermies typhiques, etc. peuvent être souvent révélés, rétablis dans leur chronologie, et le sont, en fait, chaque jour.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

dans une étendue correspondant à l'éruption cutanée, des lésions inflammatoires dans les parties centrale, latérale et postérieure des cornes antérieures de la moelle; cet auteur ajoute qu'il a vu un état analogue dans la syphilis et le lupus érythémateux. Alors même qu'on ne reconnaîtrait pas ces lésions comme pathologiques, mais comme accidentelles ou artificielles (déterminées par les méthodes de durcissement), cependant un fait viendrait à l'appui du rôle intermédiaire des centres vasomoteurs pour la localisation symétrique; c'est que, après la maladie artificielle d'une portion de la peau, par exemple du creux poplité d'un côté, l'autre creux poplité devient malade quelques heures après, souvent aussi d'autres parties de la peau; la maladie, dans ce cas, est semblable au processus provoqué artificiellement.

En outre, cette régularité ou cette particularité se révèle en ce que les efflorescences, dans certains processus, occupent de préférence le côté de l'extension, dans d'autres régulièrement le côté de la flexion des articulations et des membres, ou le pourtour des orifices des cavités naturelles. Il nous est, jusqu'à ce jour, impossible de déterminer les causes de cette régularité (1).

---

(1) Rien de satisfaisant ne peut être dit sur le rôle réel des lésions centrales dans la production, la distribution et la localisation des affections de la peau ; aucune donnée importante pour la pathogénie, ni pour la thérapeutique, n'a été jusqu'à présent fournie par les recherches les plus délicates, ni par les théories les plus variées; nous ne nous arrêterons pas à discuter ici une question à laquelle il n'y a pas encore de réponse.

Nous voulons seulement ajouter notre manière de voir à côté des très brèves propositions émises dans le texte courant à l'occasion de la *symétrie* des affections cutanées, et du *transfert*, en des points homologues ou indistincts, de lésions artificiellement provoquées sur une région déterminée.

La *symétrie :* Très utile à relever au point de vue *sémiologique*, elle reste sans explication dans un grand nombre de cas ; certainement, elle n'a pas une cause univoque et elle n'entraîne pas, par elle-même, la *démonstration* de l'origine axiale : l'homologie des régions similaires, exposées de la même manière aux agents extérieurs, également innervées et irrigées, suffit à l'interprétation de cas nombreux. Il n'y a, d'ailleurs, qu'à regarder pour voir des affections de cause exclusivement extérieure se systématiser fréquemment ; telle la gale, tel le favus généralisé, etc.

Le *transfert :* La production spontanée, par propagation irritative transmédullaire, de lésions cutanées en des points homologues à ceux où l'on aurait développé une lésion artificielle s'observe quelquefois, mais le fait le plus ordinaire consiste dans la généralisation systématisée d'une lésion cutanée, un eczéma, par exemple, secondairement à

Les conditions anatomiques et les conditions de structure de la peau nous offrent, au contraire, une explication suffisante pour une série d'autres lois dans la distribution et le mode d'extension des efflorescences. Il est hors de doute que celles-ci, dans bien des cas, suivent absolument, dans leur apparition et leur développement, le trajet des nerfs de la peau. Il en est ainsi pour l'herpès zona, pour certaines taches verruqueuses ou pigmentaires et quelques érythèmes. Les travaux classiques de Türck, publiés par Wedl, et ceux de Voigt, nous renseignent suffisamment sur le trajet et la distribution des nerfs de la peau, pour nous permettre de reconnaître la concordance de ces phénomènes. Voigt a également démontré sur la peau l'existence d'un système régulier de lignes et de tourbillons, correspondant à la disposition des follicules pileux. Très souvent et dans certaines maladies, telles que le lichen des scrofuleux, les efflorescences isolées occupant régulièrement ces follicules eux-mêmes, il est alors facile de comprendre qu'elles reproduisent dans leur mode de groupement la configuration des follicules et sont disposées en lignes circulaires ou en groupes réguliers. Fréquemment on voit les efflorescences, comme dans le psoriasis, l'herpès tonsurant maculeux (1), disposées en rangées multiples, parallèles, allongées, qui peuvent, suivant les régions, présenter des directions diverses, mais qui se représentent constamment sous le même type dans les points correspondants. Sur la région latérale du thorax, ces efflorescences suivent une direction parallèle aux côtes; à la région scapulaire, à la nuque, elles forment des cercles concentriques, qui ont toujours pour centre les mêmes points. Il est encore certaines régions qui se trouvent comme des points morts entre les cercles de circonvallation. C'est une analogie très intéressante sur laquelle Hebra a depuis longtemps appelé l'attention.

Ces conditions tiennent à diverses causes, et surtout à la direction des plis de la peau.

Il y a longtemps qu'on a trouvé que le derme, sur certaines régions, présente des sillons déterminés. Si l'on pique la peau avec une alène, on n'obtient pas un trou rond, mais bien une fente oblongue dont la direction sera différente suivant la région, mais constante pour le même point.

---

l'irritation portée sur une lésion plus ou moins ancienne, de même nature et localisée. Dans les deux cas, le transfert ou la généralisation, il faut toujours supposer l'existence constitutionnelle ou accidentelle d'une irritabilité particulière du système nerveux.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voyez plus loin la note 2, p. 78. E. B. — A. D.

Langer a démontré ces faits sur un grand nombre de cadavres en produisant des perforations à l'aide d'un poinçon (1). Dans la figure ci-jointe, empruntée à Langer, vous voyez sous quelle forme ces fentes se produisent et quelle est leur direction (fig. 14).

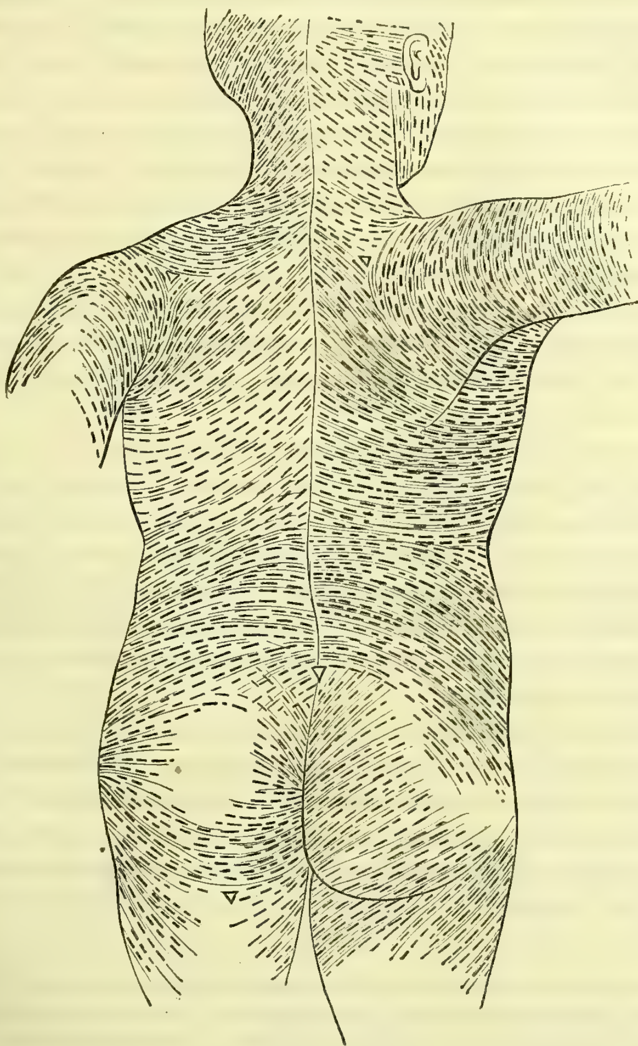


Fig. 14.

Direction des sillons de la peau, d'après Langer.

---

(1) Cela est depuis longtemps précisé et utilisé en médecine légale — Filhol — Dupuytren — Malgaigne. — Voy. *Traité d'anatomie chirurgicale* de Malgaigne, T. I, p. 75, — 2e édit. Paris, 1859.

E. B. — A. D.

La direction des sillons indique le trajet principal des fibres. Mais les gros troncs nerveux et vasculaires, ainsi que les follicules, suivent une même direction; et la direction principale est donnée, d'un côté, par les points d'insertion fixes aux os et aux fascias, de l'autre, par la croissance de l'individu, particulièrement des membres, ainsi que l'a démontré Voigt. Les faisceaux de tissu conjonctif de la peau, les vaisseaux et les nerfs, suivent le développement du sujet, de telle sorte que, partant de la colonne vertébrale, les sillons cutanés vont en divergeant de chaque côté du thorax parallèlement aux côtes, aux avant-bras, où ils forment des tours de spire qui ont leur point de départ en haut et en dehors et se dirigent en bas et en dedans. La disposition et la distribution des efflorescences sont déterminées soit directement par l'une ou l'autre des conditions ci-dessus, soit par la résultante de ces diverses causes. O. Simon a démontré comment la direction d'ulcères, que Wertheim a étudiés à ce point de vue, change aussitôt que, par circoncision ou excision, on a détruit la tension de la peau.

Sans doute, toutes les particularités qui se rattachent à ces phénomènes ne sont pas expliquées par ces conditions anatomiques. Pour ma part, je crois que la plus grande cause se trouve dans la distribution des vaisseaux les plus fins et les plus ténus, que l'on n'a pas encore suffisamment étudiée (1). Des travaux, tels que ceux de Langer, sur la distribution des vaisseaux capillaires dans les paupières, pourront assurément éclaircir le mode de distribution et d'extension des processus qui ont lieu dans la peau.

L'efflorescence isolée paraît être, elle aussi, entravée dans son évolution ultérieure par les plis de la peau. Quand les efflorescences, même l'ulcère profond, continuent à s'étendre, ils suivent la direction générale des plis de la région. Ainsi les taches de roséole et celles de l'herpès tonsurant (2) prennent, sur les parois latérales du thorax, des formes ovales à axe longitudinal parallèle à celui des côtes.

---

(1) L'auteur fait erreur : Cette distribution des vaisseaux les plus fins et les plus ténus a été depuis longtemps, et parfaitement, étudiée et décrite en France, avec les applications qui en découlent pour la morphologie des éruptions cutanées, par divers auteurs, notamment par le professeur Renaut (de Lyon), 1878. Cours d'Anatomie générale. Voy. *Annales de Dermatologie*, années 1878-1879. — Nous en avons donné de longs extraits dans les notes des pages 43 et 44, T. I, de la 1re édition de cette Traduction, en 1881.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) L'herpès tonsurant (pour parler plus régulièrement, la trichophytie cutanée) ne s'astreint pas à ces lois; l'auteur veut parler de ce qu'il

Néanmoins, les éruptions dans leur développement ultérieur ne présentent pas toujours une aussi grande régularité. Les formes qui se produisent alors ont, au point de vue symptomatologique, des caractères qui servent à les distinguer : telles sont les formes circinée, annulaire, lorsqu'une efflorescence offre l'aspect en anneau, par suite de son extension périphérique et la résorption qui a lieu au centre. On donne le nom d'iris aux efflorescences caractérisées par deux ou plusieurs cercles concentriques ou par des cercles renfermant à leur centre une efflorescence primaire. Par le terme gyratus on désigne une éruption constituée par des lignes serpigineuses, provenant de ce que plusieurs cercles d'efflorescences viennent à se toucher par suite de leur développement. Aux points de contact, le processus disparaît ainsi que la rougeur et l'infiltration, et il ne reste plus que des arcs périphériques. Les mêmes formes, circinée (1), iris (2), gyrata (3), proviennent de ce que plusieurs efflorescences se réunissent les unes aux autres en prenant des aspects correspondant à ces dénominations.

On dit que des efflorescences ou des affections cutanées ont un mode

---

appelle « *herpes tonsurans maculosus* », c'est-à-dire d'une affection qui est peut-être parasitaire, mais qui n'est certainement pas trichophytique, et que nous décrivons sous le nom d'érythème rosé desquamatif (pityriasis rosé de Gibert). Nous reviendrons sur ce point avec la précision nécessaire. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) On emploie généralement le mot « *circiné* » comme synonyme de *annulaire;* étymologiquement, annulaire convient aux cercles *complets,* et circiné aux incomplets, fer à cheval, crosse simple, etc.
E. B. — A. D.

(2) Synonyme, *en cocarde.* E. B. — A. D.

(3) Le qualificatif « *gyraté* » que quelques dermatologistes ont employé n'est pas français; on peut dire plus correctement gyroïde pour les éruptions affectant des formes rotatoires plus ou moins marquées, celles, par exemple, qui ont la disposition d'une crosse à contours multiples, spiroïde, hélicoïdale.

Quant aux éruptions en cordons qui naissent de la juxtaposition en ligne, de l'alignement d'éléments éruptifs pleins, comme les gouttes de psoriasis, ou les papules de lichen, ou bien qui se développent sur toute l'étendue d'une excoriation, d'une cicatrice, psoriasis, ecthyma, etc., la qualification de *linéaires* leur suffit.

Enfin, si la production immédiate et spontanée de la nutrition anomale ou pathologique s'opère le long d'un territoire nerveux, les dénominations d'éruptions systématisées, zostéroïdes, striées, etc., peuvent être exactement appropriées : bandes et lignes des nævi systématisés, des trophonévroses scléreuses, morphée en bandes, en lignes, en stries, etc. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

d'extension *per continuum*, lorsqu'elles s'étendent constamment de leur point d'origine sur les parties environnantes, et *per contiguum*, quand l'affection se développe avec les mêmes caractères sur la région de la peau en contact avec la partie malade.

Un grand nombre d'autres propriétés caractéristiques ou accessoires sont désignées d'une manière plus précise encore, suivant les circonstances, comme par exemple la forme, par les termes de discoïde, scutiforme, figurée, circonscrite, marginée, confluente, diffuse; la coloration, par les épithètes de *variegatus*, *intertinctus*. Il en est de même pour une foule d'autres caractères, symptômes et conditions relatifs à l'âge, au sexe des malades, à l'intensité de la maladie, à la saison, aux données géographiques, historiques, etc., dont les désignations complètent plus ou moins la caractéristique dans chaque cas spécial, et, en général, n'indiquent pas autre chose que ce que leur nom contient comme *vernalis*, *æstivalis*, *autumnalis*, *hiemalis* *septentrionalis*, *tropicus*, *senilis* *infantum*, aigu, chronique, fébrile, apyrétique, prurigineux; *agrius*, *mitis*, etc., etc.

CINQUIÈME LEÇON

Étiologie générale. — Dermatonoses idiopathiques et symptomatiques. — Idée clinique des maladies de la peau. — Diagnostic général.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Un troisième élément qui donne un caractère particulier aux processus pathologiques de la peau, considérés dans leurs rapports essentiels avec les maladies des autres organes, se trouve dans leurs causes en partie identiques à celles des affections des autres systèmes, mais en majeure partie cependant spécifiques, puisque beaucoup d'entre elles ne sauraient aucunement influencer d'autres organes que la peau. En outre, les causes ont en propre cette valeur particulière et significative, qu'à leur espèce spécifique correspondent souvent des formes tout à fait spéciales de maladies de la peau, tandis que certaines autres causes morbides sont capables de provoquer des espèces différentes de maladies, et qu'enfin la même forme de dermatonoses peut être déterminée par des causes diverses.

La concordance entre la forme d'une maladie et sa cause n'est donc nullement générale; cette circonstance, ajoutée à ce que, pour beau-

coup d'affections de la peau, on ignore les conditions étiologiques générales auxquelles il faut les rattacher, fait qu'il a été impossible, jusqu'à ce jour, d'établir une classification des dermatonoses d'après leur étiologie.

En général, les maladies cutanées se divisent, d'après leurs causes, en deux catégories :

1° Celles qui, dues à une cause propre à l'organisme lui-même, à l'état du sang et des humeurs, à sa constitution entière, ou à l'affection de certains organes et systèmes, ou fondées sur une prédisposition héréditaire, représentent des symptômes essentiels ou accidentels de ces conditions : *dermatonoses symptomatiques.*

2° Celles qui sont provoquées par une influence nuisible agissant directement sur l'organe cutané : *dermatonoses idiopathiques.*

Jadis, on considérait à peu près toutes les maladies de la peau comme symptomatiques, et par conséquent on les plaçait dans la première des deux classes que nous venons de déterminer ; toutes les fois, en effet, où il survenait une affection de la peau, on admettait l'existence d'une dyscrasie générale, appelée *psorique*, ou une espèce d'âcreté du sang, *acrimonia sanguinis*, ou une constitution *herpétique* du sang. Dans les cas mêmes où la présence d'un agent local était incontestable, comme l'acare dans la gale, ou le parasite végétal dans le favus, cette manière de voir a pu se conserver jusque dans ces derniers temps chez quelques médecins, sans compter les gens du monde (1).

Mais depuis que, d'abord pour la gale, puis pour une série nombreuse d'autres maladies du tégument externe, on a fourni les preuves expérimentales et cliniques que ces affections sont purement locales et qu'elles peuvent, comme Hebra l'a démontré, par exemple, pour la gale et pour l'eczéma, être provoquées à volonté chez tous les sujets indistincte-

---

(1) A toutes les époques, on a su reconnaître que plusieurs affections de la peau venaient du dehors, et avant la fin du siècle dernier — *Tract. de morbis cut.*, *Parisiis* 1777, p. 165, 166, — notre Lorry avait magistralement formulé la distinction ci-dessus indiquée des dermatonoses en symptomatiques et idiopathiques : *Prima pars eorum erit affectuum qui intus et in generali corporis systemate nati ad cutem feriuntur... Alterâ (secundâ) vero operis nostrâ parte eos exequemur affectus qui in ipsâ cute generantur, tanquem in nido paterno; in quibus cutis est pars corporis constituens spectando, non ut naturæ instrumentum, sed ut portio corporis ex ipsâ suâ structurâ vitiorum sibi propriorum receptaculum...*

Ernest Besnier. — A. Doyon

ment (1), la doctrine de la psore a perdu toute valeur positive (2).

Mais nous reconnaissons encore un grand nombre d'états généraux et dyscrasiques et d'affections des organes internes, qui produisent directement ou accidentellement des maladies de la peau, soit celles qui sont connues parfaitement, soit d'autres que, provisoirement, il est impossible de déterminer très exactement; et c'est une assertion purement arbitraire manifestée de nouveau depuis la mort de Hebra, mais que rien ne justifie, de dire que nous ne tenons aucun compte des causes constitutionnelles et internes des maladies de la peau. Au contraire notre attention est constamment dirigée à reconnaître et à comprendre autant que possible le rapport qui existe entre les maladies de la peau et d'autres systèmes. Mais toutes les fois qu'on ne peut le constater ou qu'il est incompréhensible dans l'état actuel de la science, nous préférons

---

(1) On ne provoque un eczéma « véritable » par irritation artificielle que chez certains sujets ayant accidentellement, ou constamment, une prédisposition eczématique; les épidermodermites artificielles provoquées ne constituent pas l'eczéma proprement dit, et elles cessent le plus souvent avec l'action de la cause; nous reviendrons sur ce point au chapitre de l'eczéma et en distinguant l'eczéma vrai et les éruptions eczématoïdes. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) L'évocation du spectre de *la psore* est surannée, et si l'erreur médicale que ce mot consacrait n'existe plus, ce n'est pas seulement à Hebra et à son école qu'il faut en reporter l'honneur, mais à beaucoup d'auteurs de différents pays, qui ne sont pas nommés, et qui pourraient l'être à aussi bon droit. La doctrine de « *la psore* » ne reposait pas seulement sur la méconnaissance de la nature véritable de la gale, elle venait surtout de ce qu'un grand nombre de maladies prurigineuses, vésiculeuses, pustuleuses, celles-là vraiment de cause interne ou d'autre cause, étaient confondues avec la gale proprement dite. Quand le niveau de l'esprit médical a été plus élevé, et quand l'art du diagnostic différentiel des maladies de la peau s'est perfectionné, la doctrine s'est dissociée et a disparu d'elle-même.

Mais si la psore a vécu, l'*herpétisme* reste, pour un très grand nombre de médecins, une réalité, ou au moins un mot nécessaire pour représenter la condition générale et supérieure qui tient sous sa dépendance toute une série de dermatonoses héréditaires, tenaces, semblant faire partie intégrante du patient, et plus ou moins associées à divers troubles ou lésions internes; pour eux le patient ainsi atteint a « une dartre »; c'est « un dartreux » ou « un herpétique »; la maladie elle-même est « la dartre, ou l'herpétisme ».

En vain répétons-nous que ces maladies cutanées, et ces affections internes associées, s'observent chez des sujets tellement différents les uns des autres que l'*unité* de maladie constitutionnelle ne peut être un instant soutenue; — que la maladie supposée n'a ni lésion des humeurs

concevoir la dermatonose comme un phénomène pathologique concret plutôt que de négliger celle-ci et de mettre en première ligne ces états hypothétiques (1).

---

univoque, qui puisse être classée, ni caractère quelconque qui puisse être généralisé ; — que l'on peut exprimer l'idée essentielle que l'on poursuit en qualifiant ces dermatonoses simplement de *constitutionnelles*, c'est-à-dire faisant partie, ou dépendant de la constitution de l'individu; les médecins n'en continuent pas moins, et continueront longtemps, à employer les termes d'herpétique et d'herpétisme, que, d'ailleurs, ils n'approfondissent pas, mais qui complaisent aux malades, et que les gens du monde accueillent et patronnent avec satisfaction et bienveillance.

Pour les esprits indépendants, cherchant à ne pas employer de mots auxquels ne s'attache un sens précis, nous rappellerons que les médecins qui enseignent aujourd'hui la dermatologie dans l'hôpital Saint-Louis n'admettent ni l'herpétisme ancien, ni la dartre de Hardy, ni même l'herpétisme de Bazin, pas plus que la conception composite que Lancereaux a décorée du même titre. En présence d'une dermatonose, ils recherchent soigneusement dans les antécédents, et dans l'état actuel du patient, dans l'examen de tous les organes et de toutes les fonctions, fait conformément aux progrès les plus avancés de la science actuelle, tous les renseignements dont peuvent bénéficier le diagnostic et le traitement, mais sans aucune préoccupation de doctrine, ni de système. Quand ils reconnaissent chez le sujet en observation, l'état lymphatique, la goutte, ou le rhumatisme, ils n'hésitent pas à le dire, à appeler ces choses par leur nom, mais rien autre, et ils ne cherchent pas, avec ces maladies de l'individu, à créer des catégories homonymes de dermatoses pour l'édification d'un système. Telle est la réalité des choses, telle est la vérité d'aujourd'hui : ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Cette restriction comminatoire serait, si on n'y prenait garde, de nature à annuler la valeur de la déclaration de principes ci-dessus, déclaration que le chef éminent de l'école de Vienne a faite un peu plus large que dans les éditions antérieures; elle repose sur une pure équivoque :

Premièrement, si l'on ne peut trouver de lien entre l'état local et une maladie générale, il est évident qu'il n'y a pas à dénoncer de rapport, cela aurait pu être sous-entendu; mais refuser de l'admettre quand il a été dûment relevé, par cette raison, sous ce prétexte plutôt, que ce rapport est incompréhensible en lui-même dans l'état actuel de la science, ne saurait se légitimer. Comment ou de quelle manière la goutte ou le diabète produisent certaines lésions de la peau, nous ne le comprenons pas toujours; cependant, comme nous savons, à n'en pas douter, qu'ils ont bien réellement provoqué ces lésions, nous proclamons le rapport, au grand bénéfice de la nosologie générale et de la thérapeutique spéciale. Personne ne croira que, selon la supposition de l'auteur, les médecins qui reconnaissent cet état général s'abîment

A ces formes morbides symptomatiques, c'est-à-dire occasionnées par des *causes générales*, appartiennent immédiatement les exanthèmes aigus provoqués par des contages spécifiques, tels que la variole, la rougeole et la scarlatine, les zoonoses, la syphilis, la morve et la pyémie, processus durant lesquels, à côté de la septicémie spécifique, l'affection cutanée apparaît sous forme de diverses rougeurs, nodosités, vésicules, pustules, inflammations érysipélateuses et furonculeuses, comme symptôme morbide nécessaire ou essentiel (1).

Dans d'autres maladies générales, il survient accidentellement, mais d'une manière incontestable, des affections symptomatiques de la peau : dans le typhus, sous forme de taches, de nodosités et de vésicules (roséole, purpura, miliaire typhique, exanthème typhique de Dietel) ; dans le choléra, comme roséole et érythème (exanthème cholérique) ; dans l'urémie, le diabète, comme sécrétion cutanée morbide (uridrose), inflammation, gangrène, prurit cutané ; dans le scorbut, comme hémorragies ; dans la scrufolose, la tuberculose comme inflammation et ulcération, dans la lèpre, sous forme de taches, de nodosités, d'anesthésies, d'ulcérations. La dyscrasie cancéreuse, la chlorose, l'anémie, la leucémie, la cholémie impliquent elles-mêmes une condition maladive de la peau, telle que coloration anormale, démangeaison, néoplasie, ou disposent, en outre, comme la chlorose par exemple, à certaines maladies cutanées (2).

---

dans sa contemplation au point d'en négliger la médication locale; cette supposition est si manifestement sans fondement que nous croirions abuser en insistant. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il y aurait place ici pour un chapitre consacré à exposer, dans leurs rapports avec le développement de diverses affections de la peau, les découvertes récentes en microbiologie : dans un grand nombre de cas, un élément excitateur nouveau, le *microrganisme*, apparaît au-dessus de la lésion de tissu comme agent direct de l'irritation organique, et il doit être activement recherché par le dermatologiste non seulement dans la peau, mais encore dans les solides et dans les liquides de l'organisme. Mais le moment n'est pas encore venu de tenter une généralisation, et nous nous bornerons à recueillir soigneusement tous les éléments acquis de cette science née d'hier, dans la mesure de leurs applications à la dermatologie pratique.
E. B. — A. D.

(2) Dans un système de nosologie cutanée régulièrement coordonné et exactement limité, la série pathogénique composite qui est exposée ci-dessus ne saurait être admise; ce serait empiéter sur la pathologie générale et confondre ce qui doit rester séparé; alors que l'on veut les appliquer à tant de choses différentes, les généralités perdent toute netteté et toute précision.

Parmi les affections d'organes isolés, je mentionnerai le catarrhe chronique de l'estomac (1) et des intestins, la tuméfaction du foie (2) et de

---

La pathologie cutanée ne peut, sans usurper, s'étendre à tous les états pathologiques qui ont des manifestations à la peau, ou qui peuvent en avoir; ce serait alors la pathologie en général qui deviendrait une branche de la dermatologie. N'est-il pas évident, par exemple, que les *fièvres éruptives* ne sont pas à leur place dans un traité de dermatologie? Ce ne sont absolument pas des maladies de la peau; elles appartiennent à la clinique interne. De même pour la morve, le farcin, les pyémies et septicémies classées, et de même encore pour les éruptions dans les pyrexies, typhus et typhoïdes, etc., etc.

Cette sélection légitime effectuée, il reste à classer les conditions pathogéniques principales des véritables dermatonoses, et, parmi celles qui sont générales, celles dont il s'agit en ce moment, à séparer les éléments essentiels d'avec les accessoires.

Au premier rang, les maladies spécifiques qui s'inscrivent à la peau en caractères assez individualisés pour s'imposer à la dermatologie proprement dite : syphilis, scrofulotuberculose, tuberculose, lèpre; partiellement, épithéliomatose, carcinose, sarcomatoses, leucémies, parasites animés du sang ou de la lymphe, etc. Ensuite, les maladies générales ou les états constitutionnels dont la peau subit l'action certaine : lymphatisme (scrofule ancienne dégagée de la tuberculose), goutte, rhumatisme, états constitutionnels à déterminer pour certaines grandes dermatonoses. Les toxémies : uricémie, urémie, stercorémie, cholémie, glycémie, etc.

Enfin, les asphyxies, les anémies, la chlorose, et une série de cachexies obscures, auxquelles se rapportent diverses maladies générales non encore classées, et que l'on entrevoit seulement sous la formule des azoturies, phosphaturies, oxaluries, peptonuries et autres déchéances de l'âge mûr, que les médecins du jour sont bien lents à étudier et à déterminer, mais qui nous apparaissent nettement au nombre des conditions provocatrices de plusieurs dermatoses graves.

Voilà, non pas un tabeau définitif ni complet des conditions pathogéniques générales des maladies qui sont vraiment du domaine de la dermatologie, mais un aperçu coordonné et basé sur l'observation, qui permet d'en prendre une notion moins confuse que celle qui pouvait résulter de la lecture du texte courant.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) C'est le lieu de signaler la *dilatation de l'estomac* sur laquelle Bouchard a si justement fixé l'attention ; on la trouve chez une grande majorité des sujets atteints des affections cutanées les plus diverses, mais surtout d'acnés, d'urticaire chronique, de prurit d'hiver, d'eczéma rémittent, etc. E. B. — A. D.

(2) Cette mention sommaire ne suffit pas : on oublie trop le rôle pathogénique des altérations du foie en dermatologie, et généralement pour toutes circonstances en France, contrairement à ce qui arrive en Angleterre où les médecins abusent certainement de l'étiologie et de la

la rate (1), toutes sortes d'anomalies et d'états fonctionnels, même physiologiques, du système génital féminin (2), la maladie chronique de Bright, l'albuminurie qui peuvent être la cause de l'acné rosée, du prurit cutané, de l'urticaire aiguë et chronique, des anomalies de la sécrétion cutanée

---

thérapeutique hépatiques. Sous les affections de la peau, nous signalerons surtout divers prurits cutanés, localisés ou généralisés, tenaces, résistant à tout, chez des sujets qui ne sont atteints ni de néphrite interstitielle latente, ni de glycémie, et quelques eczémas, surtout dans la période sénile ; on peut laisser de côté l'urticaire (le réflexe par excellence), qui naît des conditions viscérales les plus multiples. L'altération la plus connue, on pourrait dire la seule connue des médecins, est le prurit ou prurigo ictérique, qui serait plus exactement nommé *prurit hépatique* ; ce n'est pas seulement la rétention biliaire et la biliphéinémie qui la produisent, mais peut-être plus certainement l'irritation du foie, par voie réflexe. On peut, en effet, observer le prurit avant l'ictère, sans l'ictère, et voir celui-ci disparaître avant le premier; certaines affections carcinomateuses du foie, qui ne produisent de coloration ictérique de la peau qu'éventuellement, ne s'accompagnent pas moins de prurit très ordinairement, et le prurit cutané doit être noté parmi les signes avant-coureurs de ces affections.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Les diverses lésions de la rate, ou les maladies dans lesquelles la rate est lésée, affections organiques, paludisme, leucémie splénique, s'accompagnent d'altérations secondaires à la peau, pigmentations, mélanose, lymphadénie (?) ; mais, en réalité, si les troubles physiques ou fonctionnels de la rate jouent quelque rôle dans les *dermatonoses proprement dites*, nous l'ignorons. E. B. — A. D.

(2) En termes clairs, la menstruation, la grossesse, l'allaitement, chez un certain nombre de femmes, non chez toutes, s'accompagnent de manifestations à la peau, particulièrement de chloasma, d'acnés vasculaires, de prurit vulvaire ou anal, d'herpès recidivant simple ou névralgique des régions les plus diverses; d'épidermidoses multiformes (herpès de la gestation, etc.); de condylomes acuminés de la vulve, d'eczéma rhagadique de l'aréole et du mamelon, etc.

Sur les affections de la peau au travers desquelles interviennent les menstruations, les grossesses, l'allaitement, les actions les plus différentes peuvent être observées ; quelques femmes acnéiques ou eczémateuses n'ont de poussée qu'au moment des époques, d'autres en sont débarrassées pendant leur durée ; quelques-unes n'ont aucun changement ; de même, avec moins de netteté dans le rapport, pour les autres affections du tégument.

En ce qui concerne le rôle dermatopathogénique des affections de l'utérus, il y en a un, certainement ; mais il ne laisse pas que d'être assez obscur ; et la vérité est que l'observation, difficile on comprend pourquoi, de ce rapport n'a pas encore été faite dans des conditions de précision et d'authenticité qui offrent la garantie scientifique. On peut dire, cependant, que les dysménorrhées, le catarrhe du col, les leucor-

et de la pigmentation, du pemphigus, de l'impétigo herpétiforme (1). Des lésions cardiaques occasionnent la cyanose et l'œdème de la peau (2); la tuberculose des poumons ou des autres organes amène parfois les mêmes maladies de la peau (3) ; des affections des nerfs, dans les limites de leur domaine périphérique déterminent l'herpès zoster et toutes sortes de formes inflammatoires, ainsi que des troubles dans la nutrition et la

---

rhées, les atrésies et les obstructions par déviation du canal cervico-utérin, les adénolymphites périutérines, les fibromyomes, sont au nombre des affections très ordinaires chez les femmes acnéiques, couperosiques, eczémateuses et qu'il y a toujours bénéfice pour elles à reconnaître la lésion utérine et à la traiter. On remarquera, toutefois, que le fait de la coïncidence n'implique pas absolument le rapport, et que, très vraisemblablement dans beaucoup de circonstances, une même condition générale d'infirmité constitutionnelle de tissu préside aux deux localisations. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Rien n'est plus certain que le rôle des lésions du rein, et des altérations de la fonction rénale, dans la production d'un grand nombre de maladies de la peau ; cependant il est fort nécessaire de remarquer que toutes ces lésions d'organe, de fonction, toutes ces adultérations du sang qui en sont la suite, peuvent exister longtemps et atteindre leurs dernières périodes sans produire aucune manifestation tégumentaire. — On peut donc se rapprocher plus près de la vérité en disant : chez quelques sujets, non chez tous, les lésions du rein, et les conséquences de tout ordre qui en dérivent, semblent devenir le point de départ de lésions cutanées, soit que le système nerveux central ou trophique de ces sujets ait une impressionnabilité particulière aux agents autotoxémiques, soit que, chez les mêmes sujets, les éliminations intestinale, pulmonaire, cutanée, organiquement ou fonctionnellement soient, ou soient devenues, au-dessous des nécessités de la situation, soit enfin parce que les tissus tégumentaires eux-mêmes se trouvent, par constitution, ou accident, en état de moindre résistance. E. B. — A. D.

(2) La série des lésions de la peau qui peuvent émaner des cardiopathies est un peu plus étendue : varicosités et varices dermiques, pétéchies, purpura thrombotique, eschares, cyanodermie congénitale et cyanose asystolique, œdèmes simples, inflammatoires, éléphantiasiques, gelures des joues, du nez, des oreilles et des extrémités pendant la saison froide, asphyxie et gangrène symétrique des extrémités, toutes ces dernières altérations particulièrement dans l'insuffisance des valvules de l'aorte. E. B. — A. D.

(3) La tuberculose de la peau comprend plusieurs formes et variétés sur lesquelles nous nous expliquerons plus loin ; la tuberculisation de la peau, secondaire, chez les malades atteints de phthisie pulmonaire tuberculeuse ou de tuberculisation d'autres organes, n'est qu'une de ces variétés, et non la seule espèce de tuberculose cutanée. E. B. — A. D.

sensibilité; des affections du système nerveux central, et surtout de la moelle : le zoster, le prurit cutané, le pityriasis rubra (1).

On rapporte au système nerveux vasomoteur une série d'affections de la peau, que, depuis Eulenburg et Landois (2), on désigne sous le nom d'angionévroses, telles que l'urticaire, l'acné rosée, le zoster. Par là on doit seulement entendre que, sous l'influence d'une lésion des nerfs des vaisseaux que l'on a reconnus expérimentalement pour quelques districts vasculaires comme vasodilatateurs et vasoconstricteurs, il se produit localement une dilatation ou une constriction des capillaires et des vaisseaux les plus ténus de la peau et, par suite, des phénomènes d'anémie ou d'hyperhémie locales, et d'exsudation et consécutivement aussi même des troubles dans la nutrition des tissus trophonévroses. On doit chercher la cause déterminante pour des districts limités dans ceux qui se trouvent le long des vaisseaux ou dans les ganglions spinaux, pour les affections étendues et généralisées dans la moelle allongée ou dans les centres vasomoteurs de la substance corticale du cerveau; cette cause peut même se produire par voie réflexe.

A la première de ces deux dernières catégories appartiendraient l'hémorrhagie des ganglions spinaux et le zoster correspondant à la dernière la grossesse et un pemphigus occasionné par un utérus gravide par voie réflexe sur les centres vasomoteurs. Nous reviendrons sur ce sujet dans le cours de la pathologie spéciale et notamment au chapitre des névroses de la peau (3).

---

(1) La discussion des points relatifs au rôle du système nerveux dans la genèse et l'évolution des maladies de la peau sera mieux à sa place à l'occasion des affections en particulier, le sujet est trop complexe et trop ardu pour être traité en généralités.
E. B. — A. D.

(2) Le lecteur français n'a pas besoin d'être averti que la névropathologie cutanée a une bibliographie plus étendue et plus cosmopolite; nous renvoyons pour les additions nécessaires aux affections en particulier. E. B. — A. D.

(3) Cet exposé du rôle du système nerveux dans la production des affections de la peau n'est pas complet : à côté des *névroses cutanées* primitives ou secondaires, des *trophonévroses* ou altérations trophiques liées à des lésions centrales ou périphériques, et qui, non seulement, évoluent dans des territoires anatomiques délimités, mais encore ont des caractères anatomopathologiques propres, il faut placer une série considérable d'affections tégumentaires variées comme siège et comme nature qui, tantôt, émanent par action nerveuse réfléchie, d'un trouble fonctionnel viscéral, *dermatoses réflexes*, tantôt chez des sujets qui sont constitutionnellement ou accidentellement prédisposés,

L'hérédité constitue également une cause de maladies de la peau ayant son siège dans l'organisme, soit d'une manière directe, comme la syphilis, soit plutôt prédisposante comme dans l'ichthyose, le psoriasis, l'eczéma, la polytrichie, l'alopécie, le cancer, le nœvus, attendu que la descendance avec tout l'habitus propre en général et notamment la couleur des cheveux, la constitution de la peau, etc., ainsi que la prédisposition à certaines affections de la peau, proviennent des parents (1).

---

sont provoquées, médiatement ou sans délai, par une action morale, *dermatoses émotives* ou par *choc moral.* Ces dernières, bien étudiées par le professeur Leloir. (Leçons nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Des dermatoses par choc moral (émotion morale vive), in *Ann. de dermatologie*, etc., 2e série, 1887), sont depuis très longtemps connues des cliniciens ; après avoir été méconnues par les écoles anatomiques, elles sont aujourd'hui, grâce aux progrès de la physiologie expérimentale, scientifiquement réhabilitées pour le plus grand bien de la pratique médicale. Nous aurons soin, chemin faisant, de rappeler ces actions nerveuses à propos de l'étiologie des affections en particulier, toutes les fois où elles auront été systématiquement omises. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cette manière vague et confuse de concevoir l'hérédité n'est pas en rapport avec l'état actuel de la science.

Tout d'abord, il faut dissocier l'hérédité physiologique et l'hérédité morbide. La première, l'hérédité physiologique, ne comporte qu'un procédé unique, et représente simplement la transmission conceptionnelle de variétés ou de degrés dans les qualités normales des éléments de tissu, qu'il s'agisse de la trame ou des organes différenciés.

La seconde, l'hérédité pathologique, implique tantôt : (*a*), des altérations originellement morbides dans la *constitution* initiale de ces mêmes éléments, c'est-à-dire une constitution pathologique des tissus ou organes, une *maladie constitutionnelle* au sens exact du mot ; (*b*), l'addition à la cellule primitive, de germes spécifiques ; (*c*), l'infection, par la voie utéroplacentaire du produit fœtal, constitué.

Dans le premier de ces modes de transmission pathologique, on a l'hérédité morbide pure, essentielle, *mais matérielle*, de laquelle dériveront les aberrations formatives, telles que l'ichthyose, les nœvi, etc., et les qualités ultérieures, ou si l'on veut les défectuosités, des éléments de tissu qui sont le substratum même de ce que l'on appelle « *la prédisposition* » et de ce que l'on conçoit généralement trop au figuré. Ce n'est pas, en effet, d'une abstraction que l'enfant hérite de ses parents, c'est de conditions entièrement matérielles, desquelles résultera pour lui, du fait de sa constitution même, son aptitude à certains états morbides, c'est-à-dire la prédisposition.

Dans le second mode de transmission pathologique, il ne s'agit plus simplement d'une modification anatomique élémentaire de la cellule initiale, mais bien de la transmission à cette cellule d'un germe morbide spécifique, dont l'éclosion, plus ou moins reculée, déterminera une

Comme causes générales prédisposantes aux maladies de la peau, il faut encore noter les conditions en partie extérieures qui résultent de l'âge, du sexe, de l'habitation, du mode d'alimentation, des occupations industrielles, du genre de vie, du climat et du pays. C'est ainsi qu'on voit chez les enfants à la mamelle, et dans les premières années de la vie, se produire plus fréquemment de l'eczéma, de l'urticaire, de la séborrhée, et que, par exemple, le prurigo commence toujours vers la fin de la première année, tandis que le psoriasis se manifeste plutôt dans l'âge adulte; chez les vieillards on rencontre le plus habituellement le prurit cutané, l'épithélioma, les verrues. Le lupus érythémateux est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Le lichen des scrofuleux et le prurigo s'observent plus ordinairement chez les enfants des classes pauvres et mal nourries, que chez ceux appartenant aux classes élevées de la société. Quelques affections sont plus fréquentes dans certains pays que dans d'autres : ainsi, le prurigo se rencontre plus souvent en Autriche qu'en Angleterre; par contre, le nombre des psoriasiques y est moins considérable. Certaines affections sont propres à certaines zones, telles que la lèpre à quelques districts de la Norvège, aux côtes de la Méditerranée et à toute l'étendue des continents et des îles des mers du Sud (1).

Certains aliments et médicaments produisent par voie réflexe des maladies de la peau, par leur action sur les voies digestives ou en irritant les nerfs du goût. L'urticaire à la suite de l'usage des fraises, des huîtres, des homards, etc.; et les maladies de la peau, produites par l'usage interne du baume de copahu, de l'iode, du brome, de la quinine,

---

reproduction de la maladie originelle. Il est vraisemblable que ce mode de transmission est fort rare, car on conçoit difficilement que cette cellule initiale, chargée du germe virulent, puisse subir l'incarnation conceptionnelle, et se développer normalement.

Mais il n'en est plus de même du troisième mode de transmission morbide, par la voie utéroplacentaire; c'est, en fait, certainement, le plus ordinaire pour toutes les maladies virulentes dont la syphilis est le type. On conçoit que le produit constitué et individualisé ait la force de résistance nécessaire pour recevoir le germe morbide, par une véritable contagion. C'est pour cela que nous appelons cette forme particulière d'hérédité morbide, l'*hérédocontagion*, dont la mère est l'agent essentiel. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les propositions relatives à l'âge de début du prurigo que l'auteur considère comme fixe, ou aux différences régionales de diverses maladies, sont discutables ou contestables; nous en renvoyons la discussion aux chapitres où il sera traité de ces diverses affections.

E. B. — A. D.

de l'opium, de l'arsenic et de beaucoup d'autres médicaments, que l'on connaît plus exactement depuis ces dernières années et que l'on désigne sous le nom d'exanthèmes médicamenteux.

Si nombreuses et dans un certain sens si incontestables que soient les causes générales que je vous signale, il ne nous est, cependant, pas possible de démontrer pour la plupart le lien direct existant entre elles et les affections de la peau qu'elles occasionnent.

Infiniment plus claires sont, sous ce rapport, les conditions des affections idiopathiques de la peau, qui sont provoquées par des influences nocives agissant directement sur le tégument, ou, comme on les appelle généralement, causes externes. A leur nature et à leur mode d'action correspondent immédiatement le changement et la série des phénomènes morbides qui doivent régulièrement en procéder.

D'après leur nature, ces influences nocives sont mécaniques, dynamiques (caloriques) ou chimiques, ou consistent en organismes végétaux ou animaux qui infestent directement la peau.

En ce qui concerne l'action de la première, influences mécaniques nuisibles, elle se comprend très facilement. Dans la vie pratique et professionnelle la peau se trouve exposée à des actions nuisibles qui déchirent, blessent mécaniquement l'épiderme ou le derme, jusque dans leurs couches les plus profondes, occasionnent l'issue du sérum et du sang, l'inflammation et l'ulcération. La pression continue d'instruments de travail, de bandages, de courroies servant à porter des fardeaux, de chaussures, provoque l'épaississement et la callosité de l'épiderme et une modification organique du chorion et des papilles. Les contusions ont pour conséquence la déchirure des vaisseaux sanguins et l'épanchement du sang sous l'épiderme, ou dans la peau. Le seul grattage avec les ongles est une cause fréquente de maladies de la peau. Nous étudierons plus exactement cette espèce de cause morbide.

Une température excessivement élevée, la chaleur solaire, ainsi que le rayonnement d'un foyer et des flammes, occasionnent, tout comme l'exposition à une basse température, soit une rougeur passagère et la desquamation de la peau, soit une vive inflammation ou la carbonisation des tissus.

Certains agents ont une action chimique nuisible : ce sont tous les acides concentrés, tels que les acides chlorhydrique, acétique, sulfurique et nitrique, la potasse caustique, une foule de substances chimiques et de matières colorantes, telles que l'aniline, ainsi que les plantes et les sucs de plantes contenant un principe âcre, le mézéréum, l'arnica, la farine de moutarde, les orties, la plupart des huiles éthérées, l'huile de moutarde, de croton, etc., qui se trouvent en contact avec la peau soit accidentellement soit à dessein, comme dans certaines professions

ou dans un but thérapeutique, par exemple, dans la méthode dérivative bien connue et jadis très appréciée. Ces substances désorganisent directement l'épiderme, ou même les couches plus profondes, ou bien encore irritent la peau, provoquent de l'hyperhémie et de l'inflammation.

On doit d'autant plus tenir compte de ces influences nocives que non seulement elles rendent la peau directement malade, mais qu'elles diminuent *in toto* sa force de résistance générale, en sorte qu'elle devient alors accessible à des actions qui n'auraient eu auparavant aucune prise sur elle. Par exemple, une application de compresses imbibées d'arnica sur un doigt blessé, en provoquant en ce point un eczéma, fera que la peau de la face s'affectera sous l'influence d'un faible degré de chaleur, ou que la peau de la nuque deviendra eczémateuse par le frottement d'un col empesé, tandis que, autrefois, elle aurait parfaitement supporté le contact de ce dernier et la chaleur du foyer. L'influence nerveuse générale elle-même est excitée par ces irritations locales. Il peut se faire que des frictions mercurielles aux parties génitales pour détruire des poux du pubis donnent lieu à un eczéma; dans ce cas, le système vasculo-papillaire des pavillons des oreilles et de la face est irrité d'une manière réflexe par l'inflammation locale, au point que cette partie devient le siège d'hyperhémie et d'exsudation, qu'il se produit de l'eczéma longtemps avant que l'éruption de la région pubienne ait complètement disparu.

Ces conditions sont, en général, trop peu connues, parce que autrefois les médecins n'employaient pas si facilement des irritants de la peau. J'aurai l'occasion de revenir plus tard sur cette question (1).

En outre, bon nombre des influences nocives dont je viens de vous

(1) Ces considérations ne seront pas prises tout à fait à la lettre : les sujets chez lesquels on observe ces éclosions secondaires sur des points plus ou moins éloignés, à la suite de lésions cutanées de cause externe, sont en état de prédisposition ou d'idiosyncrasie, et, plus souvent, ont transporté l'irritant, soit par les grattages, soit par les linges, sur les points du corps au niveau desquels on voit se développer les foyers consécutifs. Il est facile de vérifier notre proposition, en notant l'état particulier de chaque sujet en expérience, et en ayant soin d'isoler convenablement et authentiquement les parties sur lesquelles a été appliqué l'agent irritant.

Chez certains sujets, nous ne nions pas la production de dermopathies secondaires à distance, par voie réfléchie, à la suite d'altérations provoquées par une cause externe, mais nous déclarons itérativement que cela sera assez rarement constaté en dehors de la prédisposition individuelle, ou de l'action directe de l'irritant transporté inconsciemment, plus ou moins loin du point d'application.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

parler ont encore une action élective en rendant malade tel organe de la peau plus tôt ou d'une manière plus intense, tel autre plus tard ou pas du tout, en général cependant d'autant plus vite et plus gravement que la peau était déjà irritée antérieurement ou atteinte d'une affection qui agit alors comme excitant. Le seul emploi exagéré d'eau chimiquement indifférente sous forme de lotions, d'enveloppements, de douches, de compresses mouillées, provoque des lésions de la peau. Il donne lieu à la macération de l'épiderme, à de l'érythème, de l'eczéma, des furoncles (1).

D'autre part, l'absence de soins de propreté est cause de certaines autres affections de la peau qui se manifestent par l'accumulation et la décomposition de l'épiderme et des sécrétions ainsi que par l'action irritante de ces dernières sur le tégument, et enfin par la dilatation des glandes sébacées, etc.

Il y a à peine trente ans, on le sait, que les organismes végétaux et animaux sont considérés comme des causes de maladies de la peau. Ils végètent et vivent les uns dans la peau, spécialement dans l'épiderme, — véritables parasites et épiphytes, — les autres accidentellement et seulement à la surface de la peau, — épizoaires; — ceux-ci produisent localement le relâchement de l'épiderme, l'hyperhémie et l'exsudation à la suite d'une irritation mécanique et chimique, ou bien la lésion des papilles, l'épanchement sanguin et une inflammation compliquée, comme certains épizoaires; enfin on sait que, agents irritants, ils produisent par voie réflexe plusieurs autres phénomènes morbides, comme le prurit et l'eczéma.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé que d'un coup d'œil général le substratum anatomique et physiologique des maladies de la peau; nous avons, en outre, indiqué, en nous référant à la pathologie générale et à l'histologie pathologique, les modifications que peuvent subir dans l'état morbide les éléments des organes et des tissus ainsi que les fonctions de la peau. Nous avons aussi parlé des symptômes des modifications locales qui se présentent dans la peau et du schème de leur

(1) Il faut ici distinguer le voisinage immédiat des parties lésées, celles qu'il est difficile de soustraire à l'action irritante ou contagionnante des produits pathologiques exsudés, et qui d'ailleurs peuvent être dans un état de prédisposition locale ; mais, pour l'action de ces topiques à distance, elle ne se réalise guère que si l'on ne se soumet pas aux lois de l'antisepsie. Nous reviendrons sur ce sujet en maint endroit à propos de l'impétigo, de l'ecthyma, etc. Il est impossible de juger cette question avec les faits et les idées qui sont antérieurs à la notion récente des microrganismes et des auto-infections.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

évolution régulière. Enfin nous avons signalé les causes générales qui peuvent produire ces modifications.

Cependant, nous n'avons pas ainsi présenté dans le sens clinique une exposition complète d'une maladie de la peau, et c'est là, cependant, l'objet spécial de nos études.

Tous les caractères réunis cités ci-dessus ne constituent pas toutefois la notion intégrale de l'essence et du tableau clinique d'une dermopathie. Cette notion clinique implique plutôt encore le caractère d'une allure spéciale, c'est-à-dire d'un mode particulier d'origine, de développement, de durée, d'extension, de manière d'être générale et locale, en un mot ce qu'on est convenu d'appeler l'évolution totale. Ces circonstances, réunies à celles qui ont été indiquées plus haut, de la cause et des troubles locaux des tissus et des fonctions, donnent seules un ensemble symptomatique dans le sens clinique d'une maladie de la peau,— seule façon de comprendre et de représenter une dermatonose. Permettez-moi d'expliquer ce qui précède par un court exemple : sur le côté externe de la jambe de deux enfants se trouve une éruption de papules rouges prurigineuses et grattées, couvertes de croûtes, reposant sur une peau également indurée, un peu œdémateuse et à pigmentation foncée. La modification locale est exactement la même chez les deux enfants, mais non pas la maladie de la peau cliniquement parlant. Celle-ci peut être chez l'un des enfants le prurigo, maladie très rebelle, désagréable et même incurable ; chez l'autre une maladie chronique facilement curable, un eczéma. Chacun de vous connaît les plaques d'urticaire. Vous voyez beaucoup d'individus atteints de cette forme d'éruption. Chez tous, les efflorescences sont pareilles, toutes présentent les mêmes changements anatomiques; elles se développent chez tous de la même manière. Cependant la signification clinique peut être différente chez chaque malade. Chez l'un, la maladie sera une urticaire aiguë provenant de l'usage des fraises et disparaîtra au bout de peu de jours; chez un autre, un enfant, elle sera le début d'une maladie qui durera autant que sa vie, le prurigo; chez un troisième, ce sera le symptôme partiel d'un processus dangereux, du pemphigus prurigineux; chez un quatrième, elle proviendra d'une irritation locale occasionnée par des punaises; chez une femme, ce sera le symptôme réflexe d'un déplacement de l'utérus.

La différence consiste dans l'ensemble de phénomènes parmi lesquels ceux qui se rapportent à l'évolution spéciale sont seuls caractéristiques.

Vous comprendrez l'importance de ce que je viens de dire en raison des progrès que vous ferez dans la pathologie spéciale. Vous aurez l'occasion de diagnostiquer chez différents malades des formes mor-

bides analogues et, cependant, au point de vue clinique, complètement différentes, et par là d'arriver à un bon pronostic et à un traitement approprié.

Cela m'amène naturellement à donner encore sur ces trois points quelques indications générales, utiles pour l'étude pratique. Et, d'abord, je veux parler du diagnostic des maladies de la peau en général.

Diagnostic.

A l'appui de ce que je disais, je vous présente une série de malades. Considérant le but pratique de nos réunions, je dois aussi indiquer le diagnostic pour chacun de ces cas, et instituer le traitement correspondant. Par là nous entrons en même temps dans le domaine de la pathologie spéciale des maladies de la peau.

Mais en abordant pour la première fois les malades atteints d'affections cutanées, les étudiants sont généralement déconcertés, alors surtout qu'ils voient la rapidité et la précision avec lesquelles le professeur expérimenté applique à chacun des cas le diagnostic : eczéma, psoriasis, pemphigus, lupus, etc. Il en est de même pour le praticien qui se trouve pour la première fois en face de ces sortes de maladies. Tout lui semble étrange, confus, incohérent; malgré la diversité de leurs symptômes, toutes les maladies cutanées dans leur ensemble lui paraissent identiques et avant tout bizarres; et il lui semble qu'il ne pourra jamais arriver à s'orienter dans cette confusion de symptômes qui se présentent à ses yeux.

Cet état d'inquiétude, qui, en même temps, est un peu décourageant pour les commençants, ne sera certainement pas de longue durée, lorsque, par l'exercice, vous aurez appris à voir et à distinguer. Vous en serez également affranchis de suite, lorsque vous reconnaîtrez que le diagnostic de ces affections est tout autre que ce que l'on suppose ordinairement, et que c'est au moyen d'une méthode rigoureuse que l'on arrive régulièrement à la solution du problème.

Beaucoup de personnes s'imaginent, par exemple, que, à l'aspect d'une maladie cutanée, ce qu'il faut faire avant tout, et rien d'autre, c'est de poser de suite le diagnostic de ce cas, et de dire : « Ceci est un eczéma, ou un psoriasis, ou un herpès », etc. C'est une erreur. Le praticien le plus exercé et le plus expérimenté, lui-même, ne peut pas toujours établir d'emblée ce diagnostic. Chaque année, ce praticien expert se trouve en présence d'une ou de plusieurs formes morbides

qu'il n'a jamais vues, dont il n'a lu la description dans aucun ouvrage, et qui, par conséquent, sont des cas absolument ou relativement uniques. Et cependant, ces cas eux-mêmes peuvent être diagnostiqués d'une façon exacte; je veux dire par là que l'on peut toujours arriver à apprécier exactement la signification, la nature des divers symptômes qu'ils présentent. La classification de ces cas se fait alors d'elle-même, d'après la somme totale des symptômes diagnostiqués, des altérations pathologiques, du siège de l'affection, de sa marche, etc. (1).

Le praticien instruit arrive à ce résultat en suivant dans la recherche du diagnostic une certaine méthode, en poursuivant son enquête d'une façon progressive et graduée. Il en agit de même pour les cas plus ordinaires ; seulement l'habitude et l'expérience lui permettent de le faire, d'ordinaire, très rapidement, en quelque sorte d'un seul jet. Quant au médecin moins expérimenté, il est obligé de suivre cette même voie lentement, et c'est pour lui qu'il est nécessaire de savoir quelle méthode et quelle direction lui permettront d'arriver à établir le diagnostic.

Et d'abord il faut faire abstraction des renseignements que peuvent fournir les commémoratifs (anamnèse), ou rester en défiance à leur égard (2). Dans la pratique privée, où l'on doit avoir des égards particuliers pour les désirs personnels des malades, il ne conviendrait pas d'interrompre brusquement les récits et les plaintes que le patient vous expose. Mais l'on ne s'y arrêtera sérieusement que s'il donne des renseignements réels et positifs, par exemple sur le point où le mal s'est primitivement montré. Dans ce cas même, on trouvera souvent que les faits que l'on vous raconte n'ont aucun rapport avec la maladie actuelle ; ainsi un individu se plaint et vient vous consulter à propos d'un mal à la figure, mais il passe sous silence la maladie principale ou essentielle, parce que celle-ci se trouve sur un tout autre point du corps, où elle n'incommode pas le malade, où elle lui semble insignifiante. Mais les erreurs et les inexactitudes dans les commémoratifs sont bien autrement graves, quand elles ont trait à d'autres circonstances pathologiques importantes,

---

(1) Réserve faite des altérations histologiquement non classées, et dont la localisation anatomotopographique est ambiguë; dans ces cas, la biopsie et l'application des connaissances relatives aux affections microbiennes sont au nombre des moyens les plus sûrs d'arriver au diagnostic. E. B. — A. D.

(2) Rester en défiance, ou, du moins, n'accepter les renseignements fournis par les patients que sous bénéfice d'inventaire est toujours sage, mais « faire abstraction » de ces renseignements serait excessif. E. B. — A. D.

telles que la durée, le mode d'invasion, la marche, les causes, etc....., de sorte que nous nous sommes fait une règle générale de laisser complètement de côté les commémoratifs (1). Nous écoutons ces récits avec patience et même avec intérêt, mais ils ne nous impressionnent nullement et surtout nous ne les provoquons jamais avant d'avoir procédé à l'examen pathologique.

Cet examen commence en réalité seulement avec l'étude des symptômes objectifs que l'on peut constater sur la peau, et c'est de cette constatation objective seule que l'on peut déduire le diagnostic (2). Sous ce rapport, nous nous trouvons, vis-à-vis des maladies cutanées, à peu près dans les conditions favorables que, dans l'étude des sciences naturelles exactes, on rencontre à propos des objets naturels, plantes et minéraux, dont nous déterminons la nature seulement et uniquement d'après leurs caractères objectifs, physiques et chimiques. Le diagnostic des maladies de la peau doit et peut être le plus possible objectif; c'est avec les symptômes dont il se déduit que l'on peut mesurer, comparer l'exactitude des renseignements commémoratifs; mais l'inverse n'est pas possible.

Pour obtenir un résultat aussi satisfaisant, l'examen du malade doit être fait conformément à une certaine méthode et au but à atteindre.

Pour ce qui est de la méthode, nous appellerons l'attention sur les points suivants:

Il faut examiner la peau à un jour naturel favorable, et dans une pièce dont la température est modérée. Une grande partie des symptômes dermopathiques étant exprimés par des différences de colorations : rougeur dans toutes les nuances possibles, pigmentation, etc., l'éclairage artificiel et la lumière solaire directe ne valent rien pour la constatation de ces symptômes. Une température trop élevée ou trop basse, sous l'influence de laquelle des portion de peau normales peuvent prendre une coloration anormale, rouge, violette ou pâle, ou marbrée, doit être également évitée.

De plus l'examen doit généralement porter sur la peau dans toute son

(1) Cette règle peut avoir moins d'inconvénients pour un dermatologiste consommé que pour les élèves ou pour les médecins, mais si ces derniers acceptaient le conseil, ce serait à leurs dépens, car ils se priveraient de sources d'informations qui leur seront souvent fort utiles, et ils ne rempliraient pas complètement leur mission de médecin, telle que nous la comprenons. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Nous avons déjà réfuté cette proposition. (Voy. notes 1, et 1, pages 56, 57.) E. B. — A. D.

étendue, et non pas seulement sur la partie qui est supposée malade, ou qui est présentée au médecin. On doit ici apporter les plus grandes précautions; chez les femmes, on aura soin, par exemple, de recouvrir les parties du corps à mesure qu'on les a examinées; et pour ce qui est des parties génitales, on ne les visitera qu'autant que cela sera nécessaire. Il n'est plus besoin des mêmes précautions pour les hommes.

Un examen de la totalité du corps ne nous renseigne pas seulement sur l'état général de la peau, et sur l'ensemble de la santé du malade, de l'état de nutrition dans lequel il se trouve et sur différentes circonstances spéciales qu'il peut présenter ; mais encore il est désirable et tout à fait nécessaire pour élucider les maladies cutanées, car il permet quelquefois de découvrir des symptômes importants qui viennent compléter l'ensemble pathologique, ou qui sont essentiellement caractéristiques et qui autorisent le médecin à rattacher tous ces phénomènes à une entité morbide.

On doit d'abord saisir tous les symptômes qui sont accessibles aux yeux; cela ne vaut rien de toucher de suite avec le doigt les points malades ; on fait disparaître la rougeur tenant à l'injection des tissus, et, par conséquent, la coloration et la forme de certaines efflorescences; on masque une partie de la zone malade, on en fait ainsi des parties isolées et l'on trouble l'aspect général.

Le toucher ne doit venir qu'en second rang comme auxiliaire du diagnostic, pour apprécier la température, la consistance de la peau, le degré de douceur ou de rugosité qu'elle peut présenter dans les différentes parties malades et sur le reste de son étendue, pour distinguer les taches produites par l'hyperhémie de celles qui sont le résultat d'une hémorrhagie ou d'un dépôt pigmentaire.

Certains médecins ont prétendu distinguer au moyen de l'odorat diverses formes morbides, la rougeole, la scarlatine, la variole, etc... Nous n'avons pas, quant à nous, grande confiance dans ce sens pour le diagnostic des maladies de la peau (1).

L'emploi du microscope et les examens chimiques constituent des procédés scientifiques importants et parfois décisifs que nous appelons souvent à notre aide pour établir le diagnostic. La chimie n'a jusqu'à présent projeté qu'une bien faible lumière sur la constitution des productions pathologiques, et ne peut guère aider à les distinguer les unes des autres; mais le microscope sert à démontrer l'existence d'orga-

---

(1) Quelques odeurs sont vraiment caractéristiques, ou au moins peuvent mettre sur la voie; odeur de souris dans le favus, fétidité particulière des condylomes syphilitiques, odeur gangreneuse, etc.

E. B. — A. D.

nismes parasites, et à étudier d'une manière approfondie la constitution histologique de beaucoup de maladies cutanées (1).

Le but prochain de l'examen de la peau n'est donc pas encore le diagnostic méthodique des maladies de cet organe; mais il doit être d'abord un jugement sur l'état général de la peau, un moyen d'apprécier jusqu'à quel point celle-ci, sous le rapport de la coloration, de l'injection et de la pigmentation, des pores, des lignes et des sillons connus, sous le rapport de la tension, de la douceur, de la souplesse, de l'abondance plus ou moins grande des poils, de l'onctuosité, de l'épaisseur, de l'état de la couche adipeuse sous-jacente, graisseuse, etc., se rapproche ou s'éloigne plus ou moins, dans le cas actuel, de l'état normal. On doit examiner avec soin si ces phénomènes qui, tout en restant dans la normale, peuvent, cependant, se mouvoir entre les limites assez larges du plus ou du moins, correspondent ou, au contraire, sont étrangers à l'individu et à ses relations, à sa race, à son âge, à son sexe, à sa profession, à ses occupations et à son genre de vie. L'expérience et les études préalables sur l'état de la peau normale doivent diriger le jugement du médecin sous ces différents rapports.

Cet examen général a-t-il fait découvrir dans un sens quelconque une anomalie de l'état de la peau? Ce qu'il faut distinguer avant tout, c'est sous quelle forme elle se présente, si elle est atypique, c'est-à-dire si l'épaississement, la rougeur, la pigmentation, etc., sont diffus, irréguliers, ou si elle est typique, c'est-à-dire si elle a le caractère des efflorescences dites primitives.

Il est de la plus grande importance pour le diagnostic d'examiner attentivement et de savoir nettement distinguer les efflorescences accessibles à la vue, comme les taches, nodosités, plaques ortiées, etc., des phénomènes morbides secondaires, tels que squames, croûtes, cicatrices, etc. Mais que l'on n'aille pas croire que ces caractères morphologiques constituent tous les éléments nécessaires au diagnostic de la forme pathologique, ou qu'il soit suffisant de pouvoir reconnaître correctement dans ce sens quelques efflorescences de la peau.

Ce qu'il est bien plus nécessaire d'éclaircir, c'est par exemple si l'efflorescence, c'est-à-dire l'altération pathologique, a réellement son

---

(1) La chimie proprement dite n'a pas encore donné ce que l'on peut en attendre; son application à la dermatologie est vraiment ingrate. La microbiologie, l'étude microbienne, est en progrès rapides et elle a fourni déjà des résultats considérables que nous aurons soin de signaler. La biopsie histologique joue un très grand rôle dans le diagnostic en dermatologie, et le secours du microscope n'est pas moins grand pour la pratique dans la série entière des affections à parasites.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

siège dans l'épiderme ou dans le chorion et le tissu cellulaire sous-cutané; ce qu'il importe de savoir, c'est si la maladie s'accompagne de phénomènes inflammatoires soit aigus, soit chroniques, si elle a plutôt les caractères d'un néoplasme, quelle marche elle affecte, si elle coïncide ou non avec une altération persistante, telle qu'une exfoliation, ou une destruction ulcéreuse ou cicatricielle de la peau; de quelle façon elle s'étend, suivant un type connu, par exemple débutant par un point central qui se développe vers la périphérie, ou suivant une forme atypique; comment se disposent et se propagent les efflorescences par rapport les unes aux autres, ou par rapport à certaines régions de la peau, suivant le trajet des nerfs et des vaisseaux, et ainsi de suite, en procédant du particulier au général, d'après la méthode synthétique.

Je ne veux pas reproduire ici, en les tirant de la symptomatologie générale, les caractères des différentes formes d'efflorescences, ni parler du siège qu'elles peuvent occuper, de la marche qu'elles suivent et de la diversité de leur constitution anatomique. Pour cela, je dois renvoyer à ce qui a déjà été dit.

Très souvent l'examen de ces symptômes essentiels est rendu difficile par le dépôt, sur les portions de peau malades, de croûtes formées par la sérosité ou par du sang desséché, par des squames graisseuses ou épidermiques. Pour établir correctement le diagnostic, il est nécessaire d'enlever au préalable ces croûtes et ces squames; cependant, comme il n'est pas toujours possible de le faire, parce que cela peut être douloureux pour les malades, mieux vaut reculer le diagnostic jusqu'au moment où l'on aura pu les faire tomber par des moyens appropriés (applications huileuses, émollientes, emplâtres, lavages), et procéder alors à un libre examen des symptômes essentiels primitifs de la maladie.

En procédant ainsi, on arrive graduellement, mais sûrement, à se faire une idée de la marche entière de la maladie, et c'est le seul moyen de parvenir à un diagnostic méthodique. En réunissant tous les phénomènes morbides, on n'a pas seulement le tableau d'une ou plusieurs efflorescences, mais on constitue un tout clinique. Caractères provenant de la forme, de l'arrangement, de la distribution, des altérations anatomiques, et je ne saurais trop insister sur ce point, de la marche des accidents, tout cela réuni donne seul l'image de la maladie et fait l'objet du diagnostic. En effet, nous plaçons un nom spécial de maladie sur une certaine somme de symptômes que l'expérience nous montre dans une corrélation typique, et tous les éléments de ce diagnostic sont objectifs, sans que nous ayons en quoi que ce soit à nous occuper du malade (1).

---

(1) Provisoirement, bien entendu. E. B. — A. D.

Le symptôme subjectif du prurit lui-même, de la démangeaison, doit être reconnu et constaté d'une façon objective. « Quand on a des démangeaisons, on se gratte » n'est pas seulement un dicton, mais bien une vérité d'histoire naturelle. Le doigt qui gratte trace des lignes sur la peau; ce sont des traînées d'abord pâles, bientôt après rouges avec une légère desquamation; quand on a gratté violemment, ce sont des excoriations saignantes ou bien recouvertes de croûtes qui, après leur cicatrisation, laissent des lignes colorées par du pigment. Plus il y a longtemps que l'individu se gratte, plus on trouve des traces de démangeaison anciennes à côté des nouvelles, et, d'un autre côté, plus on a gratté violemment, plus les excoriations sont profondes et compliquées de phénomènes inflammatoires. On peut donc, par la simple inspection de la peau, diagnostiquer si la démangeaison existe, si elle date de plus ou moins longtemps, si elle provoque un grattage modéré ou violent et, quand il existe chez un individu une maladie cutanée reconnaissable par d'autres symtpômes, on peut établir si c'est une affection donnant lieu à des démangeaisons, l'eczéma, la gale, ou une maladie ne s'accompagnant pas de démangeaison, comme la syphilis (1). Il y a bien encore quelques autres éléments de diagnostic à tirer des points du corps où l'on note les symptômes du grattage, car, dans quelques états morbides déterminés, la démangeaison et le grattage sont limités à certaines régions de la peau, tandis que, dans d'autres cas, ces symptômes se présentent d'une façon atypique sur toute l'étendue du corps.

L'exposé que nous venons de faire nous paraît fournir des points d'appui suffisants pour la marche générale de la diagnose. Quant aux éléments particuliers du diagnostic de chaque maladie, ils appartiennent à la pathologie spéciale.

J'ai à peine besoin de faire observer ici qu'un médecin instruit devra, alors même qu'il s'agit de poser le diagnostic d'une maladie de la peau, rechercher également la solution de ce problème dans l'état et le fonctionnement des autres organes et systèmes du corps; chez la femme, par exemple, il devra s'assurer de l'état des organes génitaux internes et cela en raison de cette circonstance que nous avons fait ressortir dans l'étiologie générale, que beaucoup d'affections cutanées sont liées originairement ou occasionnellement à des états pathologiques des organes intérieurs. Dans tous les cas, d'ailleurs, une maladie de la peau peut être compliquée d'un autre état pathologique de l'organisme général, ou de certains organes en particulier.

---

(1) Sous les réserves que nous avons indiquées dans la note 1, page 56, et en ajoutant que les syphilides des parties velues donnent souvent lieu à du prurit. E. B. — A. D.

SIXIÈME LEÇON

Marche, importance et conséquences, pronostic des maladies de la peau. Thérapeutique générale. — Classification des dermatonoses.

Au diagnostic des maladies de la peau se rattache immédiatement l'intérêt scientifique que comportent la marche de ces maladies, leur importance et les conséquences qu'elles peuvent avoir pour l'organe qui a été atteint, et pour l'organisme en général, ainsi que leur curabilité, toutes circonstances dont l'ensemble fait l'objet du pronostic que réclame la pratique médicale.

Sous tous ces rapports, les maladies cutanées présentent de très grandes différences et beaucoup de variétés.

Certaines maladies de la peau ont constamment une marche aiguë, de ce nombre sont les affections à forme typique; d'autres, au contraire, ont toujours une marche chronique, ou bien même elles durent toute la vie; quelques-unes enfin peuvent présenter ces deux formes. Il en est qui s'accompagnent toujours ou occasionnellement de fièvre, tandis que d'autres sont toujours apyrétiques. Quelques-unes ne se présentent qu'une seule fois dans la vie, d'autres, au contraire, récidivent à plusieurs reprises. De certaines formes on peut dire par avance qu'elles resteront limitées à un seul point ou sur une région déterminée du tégument; pour d'autres, on peut prédire, au contraire, qu'elles peuvent s'étendre ou même que certainement elles s'étendront sur une partie plus ou moins considérable, ou même sur la totalité de la peau; du reste, un traitement convenablement dirigé peut limiter considérablement la durée et l'extension de la maladie.

Il peut arriver que plusieurs affections, tout à fait différentes quant à leur nature, aiguës et chroniques, se présentent en même temps chez un individu, par exemple : la gale, la syphilis, le psoriasis, l'eczéma, la variole, etc.

L'importance subjective et objective des diverses maladies de la peau varie aussi beaucoup.

Il en est un assez grand nombre qui donnent lieu à des altérations des formes extérieures, de nature à occasionner aux sujets qui en sont atteints un grand préjudice moral ou matériel, alors même que le mal, sous le rapport pathologique, est sans importance; telle est l'acné de la face. En outre ces affections peuvent avoir une influence locale ou générale immédiate, et entraîner des conséquences ultérieures, auxquelles il faut apporter une attention spéciale.

Beaucoup de maladies de la peau, alors même qu'elles durent plusieurs années, n'amènent pas d'altérations persistantes de cet organe; elles n'ont d'autre effet que la gêne qu'elles produisent, la difformité, les sensations pénibles, le prurit, la douleur, la fièvre quelquefois, et l'obstacle qu'elles apportent aux devoirs de la profession ou de la société, en même temps que les troubles de l'état moral.

D'autres dermopathies, au contraire, entraînent occasionnellement, ou toujours, suivant leur nature, une atrophie, une dégénérescence ou une fonte purulente, et laissent à leur suite des altérations durables et définitives ou même des pertes de substance de la peau. Quand ces altérations ont eu leur siège à la face et qu'elles ont amené une destruction du nez, des paupières ou même du globe de l'œil, ou bien quand elles siégeaient aux extrémités, surtout s'il est survenu des complications, elles sont alors suivies de déformations persistantes, de troubles fonctionnels; la mobilité des articulations en demeure atteinte, la motilité, la sensibilité sont diminuées, etc.

En dehors des maladies de la peau qui se rattachent étiologiquement à des états pathologiques du sang et des humeurs, à des dyscrasies spécifiques ou à des maladies des organes internes, et qui, par conséquent, ainsi que nous l'apprend l'étiologie générale, semblent originairement associées à ces états pathologiques, la plupart des maladies cutanées n'ont aucune influence préjudiciable sur l'organisme général, sur la nutrition et la constitution. Beaucoup peuvent durer toute une vie, sans déterminer de troubles éloignés ou généraux. Il en est d'autres, cependant, qui exercent une action nuisible incontestable sur l'état général ou sur certains organes ou systèmes, et pourtant cette influence générale mauvaise n'est pas toujours en proportion directe de l'intensité du travail pathologique dont la peau est le siège. Telles sont d'abord les affections qui entraînent un travail étendu et considérable de sécrétion exsudative et purulente, avec fièvre ou démangeaison, et qui, par la perte matérielle des humeurs, par le défaut d'appétit et les mauvaises digestions, par l'insomnie et la douleur, amènent une irritation nerveuse de l'organisme, résultat final de ces phénomènes morbides.

Certaines maladies de la peau, dont l'origine ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être rattachée à aucune affection interne, et qui surgissent tout à coup chez un individu que l'on considérait jusque-là comme complètement sain, conduisent, cependant, d'une façon régulière et progressive au marasme, à la tuberculose (1), comme

(1) Indirectement, car il n'est pas besoin de dire que ces maladies ne la *créent* pas. E. B. — A. D.

le lichen ruber, le pityriasis rubra; ou bien à une cachexie spécifique par la voie connue de la métastase, comme le cancer et le sarcome (1).

Enfin certaines affections de la peau, que la plupart des sujets supportent sans que l'état général en soit atteint, comme le prurigo, l'eczéma chronique, le lupus érythémateux, peuvent chez quelques individus déterminer des maladies de Bright, ou une pneumonie avec ses suites possibles, ou bien encore, elles peuvent, par suite d'une lymphangite, d'un érysipèle, d'une carie ou de complications de toutes sortes, occasionner des maladies dangereuses et mêmes mortelles (2).

Les circonstances que nous avons énumérées à propos de la marche et de l'essence matérielle des maladies cutanées, ont un rôle prépondérant dans leur pronostic, c'est-à-dire au point de vue de leur curabilité ou de leur incurabilité relative ou complète. Certaines maladies de la peau guérissent toujours suivant la loi naturelle de leur marche, quelques-unes en laissant après elles des traces locales ou générales de leur existence; d'autres enfin ne laissent aucune trace.

Aucune maladie cutanée n'est incurable d'une manière absolue, et s'il nous est impossible de débarrasser complètement certains patients de leur maladie, nous le pouvons, cependant, dans un très grand nombre de cas. Chez les autres sujets, en faisant disparaître ou en modérant certains symptômes, nous sommes à même de ralentir la marche de la maladie, et chez ceux-là, comme pour les cas relativement incurables, nous pouvons rendre l'état plus supportable pour les malades, ou bien retarder les conséquences gênantes ou dangereuses des dermatonoses, et, de cette façon, prolonger la vie des patients.

Il est bien certain que le pronostic dépend aussi en grande partie du traitement, dont le succès est surtout entre les mains du médecin.

---

(1) Le mot d'infection, ou d'auto-infection, est préférable au moins en français, le terme de métastase ayant plusieurs acceptions.

E. B. — A. D.

(2) La pathogénie de ces lésions viscérales secondaires aux affections de la peau est très obscure; il est difficile de dire si la lésion rénale, par exemple, que l'on observe au cours d'un lupus érythémateux, ou l'endocardite qui apparaît au cours d'un pemphigus, sont bien réellement produites par la maladie de la peau, ou si elles naissent sous une cause analogue à celle qui a produit cette dernière, ou encore si elles n'en constituent qu'un accident banal comme la dégénérescence amyloïde, ou une complication comme l'irritation rénale qui pourrait être causée par infection bacillaire ou septique. Nous tenterons d'éclairer ces points, dont l'importance est capitale en pratique, au cours de l'exposition des affections de la peau en particulier.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

C'est pour ce motif que je dois appeler votre attention sur quelques points généraux de la thérapeutique des maladies de la peau.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Il est étrange de voir encore aujourd'hui beaucoup de médecins et de gens du monde envisager la curabilité et les indications du traitement des affections cutanées d'une manière entièrement différente de la façon dont ils envisagent les maladies d'autres organes et systèmes. Tandis que, pour ces dernières, tout le monde comprend la nécessité de recourir à des moyens de traitement et à des méthodes qui agissent le plus rapidement possible, beaucoup de médecins et de personnes étrangères à la profession s'imaginent que dans le traitement des maladies de la peau, il faut toujours observer une certaine précaution pour que leur guérison ne cause pas quelque préjudice à l'organisme général, si même ils ne considèrent pas absolument la maladie de peau comme un *noli me tangere*. Les médecins et particulièrement les plus jeunes ont souvent dans la pratique à lutter contre cette opinion.

Il est fortement à soupçonner que ces idées ont en général cours chez les gens qui n'ont pas les connaissances nécessaires pour instituer un traitement exact et correct, et que, dans la suite des temps, elles ont été oubliées partout où jadis elles régnaient; mais c'est qu'elles ont disparu devant l'évidence des faits, comme pour la gale, par exemple.

Quoi qu'il en soit, ces idées ont encore assez d'empire pour qu'il y ait nécessité d'en tenir compte, et de nous y arrêter un moment. Elles se relient encore à l'opinion ontologique, généralement admise jadis, que les maladies cutanées sont des dépôts de matières morbides, ou des exutoires qui remplacent d'autres sécrétions et excrétions, soit physiologiques, soit pathologiques, dont la nature se décharge spontanément vers l'extérieur sous forme d'exanthèmes, dont la suppression ou la répercussion sur les organes intérieurs devait nécessairement amener une maladie de ces derniers. C'est principalement de la part des remèdes externes, pommades, emplâtres, teintures, que l'on redoute cette action répercutante.

La médecine moderne a complètement fait disparaître cette notion ontologique du cadre des phénomènes pathologiques. Nous savons même qu'une dyscrasie psorique ou herpétique que l'on puisse matériellement caractériser d'une manière quelconque, n'existe pas, et qu'il n'existe pas non plus une acrimonie (âcreté) du sang que l'on puisse exprimer par une formule chimico-pathologique. Nous savons également que dans les productions et les excrétions provenant des maladies de la peau,

on ne trouve en aucune façon des matières étrangères à l'organisme, mais que l'on y rencontre des éléments du sérum et des éléments figurés, ainsi que des corps de toute sorte, mais de même nature que ceux qui existent normalement dans le corps, et que, par conséquent, il n'existe pas de matières « psoriques » ou « âcres » dans les foyers et dans les produits pathologiques. De plus, il est tout à fait inadmissible au point de vue physiologique de dire que l'on puisse réussir à faire rentrer dans l'organisme une particule de sérum ou de tissu qui est morte et qui a été excrétée sur la surface de la peau. Enfin, c'est une chose bien connue que l'histologie pathologique aussi bien que l'expérimentation ont prouvé que le caractère de la plupart des maladies réside dans certains phénomènes purement locaux qui se développent dans le tissu de la peau, et que l'on peut toujours, en partie du moins, provoquer volontairement chez des individus complètement sains (1).

On devrait donc croire que la conséquence logique des faits qui ont été exposés serait d'admettre qu'il est possible, suivant certaines indications, de traiter localement les maladies de la peau et d'en obtenir d'une manière générale la guérison; on devrait supposer, par conséquent, que cette manière de voir ne peut pas être combattue ou mise en doute, du moins par les médecins.

Dans le fait, ce n'est plus en s'appuyant sur des motifs théoriques, mais en invoquant certains faits réels, que les idées modernes sur le traitement des dermopathies sont tenues en suspicion par quelques personnes.

Ainsi l'on objecte que beaucoup de maladies de la peau, celles notamment qui consistent en phénomènes hyperhémiques et inflammatoires, aigus ou chroniques, que certains néoplasmes et la gale elle-même, lorsqu'il survient simultanément une maladie aiguë, fébrile, une pneumonie, une fièvre typhoïde, un érysipèle, des convulsions et la diarrhée chez les enfants, etc., pendant une défaillance, un collapsus subit, dans le coma, une perte de connaissance prolongée, et dans l'agonie, on objecte, dis-je, que beaucoup de ces affections cutanées pâlissent tout à coup, s'affaissent ou même, suivant leur nature, disparaissent complètement, mais se développent de nouveau et s'exagèrent dès que la convalescence de ces diverses maladies concomitantes se produit, dès que l'organisme commence à reprendre des forces.

L'observation de ces faits a donné naissance à cette idée, qui est encore actuellement soutenue par certaines personnes, que sous l'influence des

---

(1) Voyez les notes 2, p. 81, et 1, p. 91, et plus loin le chapitre de l'eczéma. E. B. — A. D.

circonstances que nous avons énumérées, la maladie cutanée ou un agent psorique contenu en elle est réellement rentré dans un organe intérieur, cerveau, poumon, etc., où il a déterminé l'inflammation, l'irritation qui conduit à des crises éclamptiques, avec coma, etc.; et finalement a été repoussé par la *vis medicatrix* de la nature, à l'extérieur, sur la peau; et c'est ainsi que l'on explique comment les symptômes fébriles et ceux qui se rapportent à la maladie de l'organe intérieur ont immédiatement disparu.

Mais l'observation calme et froide a montré que l'interprétation des faits doit être tout autre que celle qu'on en a donnée; on a vu que, dans les cas en question, la pneumonie avec fièvre, les symptômes du typhus, etc., avaient toujours existé avant l'apparition de la maladie cutanée, et que celle-ci n'a disparu que pendant le cours de ces diverses affections; que, par conséquent, la reproduction de la maladie de peau n'a eu lieu qu'à la suite de ces maladies d'un autre genre et ne les a pas précédées; et qu'enfin, d'après la succession des faits, cette rétrocession ne pourrait pas être considérée comme la cause, mais plutôt comme la conséquence du développement de la maladie interne.

Et même c'est dans ce sens qu'elle est plutôt explicable, mais, cependant, pas dans tous les cas. Il est facile de comprendre, par exemple, que dans les cas où la peau devient subitement anémique, comme dans la syncope, dans le collapsus même, la rougeur d'injection et l'infiltration qui appartiennent au psoriasis, ne peuvent pas persister, et que, par cela même, le psoriasis disparaît lui aussi; on comprend aussi que dans la peau, anormalement échauffée et soumise aux conditions anormales de circulation et de nutrition d'un fébricitant, les acares de la gale se développent moins ou même arrivent parfois à mourir complètement; on comprend enfin que le psoriasis fait de nouveau son apparition, que les œufs des acares se développent dès que, l'anémie ou la maladie fébrile ayant disparu, la turgescence et la nutrition de la peau redeviennent normales et favorables, par conséquent, à la production des phénomènes pathologiques du psoriasis et à la vie des insectes de la gale.

A toutes ces circonstances qui font que l'idée d'une rentrée, d'un refoulement, d'une répercussion des maladies de la peau est inadmissible et incompréhensible au point de vue scientifique, puisqu'elle n'a jamais été démontrée effectivement, nous ajoutons encore ce fait extrêmement éloquent que, dans des centaines de mille cas, des maladies de la peau de tous genres ont été traitées et guéries, sans le moindre préjudice pour les individus qui en étaient atteints, par les moyens et les méthodes de l'école de Vienne, et avec cela nous serons toujours suffisamment forts pour lutter avec énergie contre ce préjugé que je vous

signale et que je blâme, de quelque côté que viennent les objections que l'on pourrait faire à nos projets de traitement.

Nous ne pourrons pas, il est vrai, empêcher que, accidentellement, après que nous aurons délivré un enfant d'une séborrhée de la tête ou un vieillard d'un eczéma de la partie inférieure de la cuisse, le premier soit atteint de convulsions, ou le second enlevé par un œdème pulmonaire, et que ces deux accidents soient attribués à la répercussion de la de la maladie cutanée. Mais, par bonheur, un semblable accident ne se présente que rarement, et il faut patiemment supporter de tels reproches, de même que l'on voit souvent des gens qui soutiennent que l'on aurait pu éviter la terminaison fatale d'une pneumonie, si au, lieu d'une tisane de guimauve, on avait donné une mixture huileuse.

Que le médecin se mette donc au-dessus de ces reproches, alors il ne manquera jamais du « courage de la responsabilité » qui est absolument indispensable pour réussir dans le traitement des maladies cutanées, comme dans la pratique chirurgicale (1).

Je crois qu'il sera avantageux, pour éviter des répétitions ultérieures, de vous faire connaître maintenant d'une manière générale les

---

(1) Ces idées que l'auteur reproduit avec insistance, vraies en elles-mêmes, sont faussées par l'absolutisme qu'il veut leur imprimer ; il oublie que la médecine, tout appuyée qu'elle est sur les sciences, n'est pas d'ordre mathématique, et que la vérité d'aujourd'hui risque d'être l'erreur de demain ; ce ne sont pas là des conditions qui permettent d'imposer aux élèves des formules absolues ; ce serait fausser leur jugement et annihiler leur personnalité responsable.

Oui, cela est à ce point entendu qu'il est inutile d'y revenir à satiété, la plupart des vieilles idées humorales sont erronées ou ont besoin d'être réformées ; les craintes relatives à la résorption et à la métastase des sécrétions morbides de la peau, à l'inclusion du vice herpétique ou autre, restent sans fondement dans la grande majorité des cas, et on peut d'ordinaire traiter, sans dommage pour les malades, les affections de la peau par tous les procédés.

Mais le médecin doit conserver son libre arbitre ; gardien vigilant et responsable de la vie et de la santé de ses malades, il est toujours de son devoir, en présence d'un cas particulier, de rechercher *s'il n'y a pas de contre-indication ;* on ne voit pas, en vérité, à quel titre il y aurait lieu de déroger, pour les maladies de la peau, à cette règle fondamentale en thérapeutique générale.

Ces contre-indications, en effet, peuvent exister en thérapeutique cutanée comme ailleurs ; aucune dénégation ne saurait prévaloir contre l'observation des faits : Voici, par exemple, un cas d'eczéma du tronc chez un sujet emphysémateux atteint de bronchites et d'éruptions eczémateuses alternantes ; n'y a-t-il *jamais* inconvénient à réprimer un eczéma, ayant son siège sur le thorax, par des applications externes ? Aucun *médecin* ne répondra que cet inconvénient ne peut *jamais* exis-

remèdes et les méthodes qui sont usitées dans le traitement des maladies de la peau.

Les moyens de guérison que nous avons à considérer ici sont surtout des médicaments dits *externes* que l'on applique directement sur les parties malades; on n'emploie qu'un petit nombre de remèdes dits *internes* (1).

Aux premiers, aux médicaments externes et au traitement local,

---

ter. Pour répondre autrement, il faudrait nier les phénomènes de révulsion par irritation cutanée, nier les actions réflexes qui peuvent s'exercer d'une lésion cutanée à une lésion viscérale. Un autre exemple : Un malade, à hérédité mentale, ayant déjà eu des accès de délire, est atteint d'un eczéma suintant du cuir chevelu ; — faudra-t-il sans délai, sans réserve, employer des moyens capables de guérir rapidement la lésion cutanée ? — Certainement non.

Que l'on traite sans crainte et sans réserve, par toutes les médications locales que l'on voudra les sujets qui n'ont pas de lésions viscérales, ceux dont tous les émonctoires, les reins en particulier, fonctionnent normalement ; il n'y a à le faire aucun risque pour le malade, aucun souci de responsabilité pour le médecin ; mais, en aucun cas, on ne doit agir systématiquement sur la parole du maître ; le médecin doit toujours examiner la situation spéciale du patient et se comporter suivant les circonstances, et non selon une formule absolue.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il est fort naturel que des affections qui ont pour siège les surfaces externes réclament surtout des applications externes, et personne n'ignore que ces applications externes suffisent souvent à elles seules; mais quelle utilité peut-il y avoir à rejeter systématiquement dans l'ombre le traitement interne? A quel médecin fera-t-on croire par exemple, qu'on a *guéri* un psoriasique parce que l'on aura, par des applications externes, effacé pour un instant la localisation cutanée? Le psoriasique, comme tous les malades, doit être traité au prorata de son état organique et fonctionnel ; son hygiène doit être réglée, ses fonctions de tout ordre doivent être mises dans le meilleur état possible, et l'on doit tenter l'usage des agents internes de la matière médicale qui peuvent lui être utiles. Assurément la thérapeutique interne des maladies de la peau est pauvre en spécifiques ou en agents souverains, mais faut-il pour cela enseigner aux élèves un septicisme complet, et n'est-ce pas, au contraire, une raison de poursuivre sans cesse l'étude des médicaments nouveaux, des médications nouvelles. Nous appliquons sans exception tous les agents, tous les procédés, toutes les méthodes de la thérapeutique externe, mais nous croirions abaisser notre rôle, et ne pas faire tout ce que nous devons, si nous n'essayions sans cesse, pour les cas qui le comportent bien entendu, toutes les ressources de la médecine interne. Nous poursuivrons pour chaque affection en particulier la démonstration de ces vérités, que personne dans notre pays ne cherche à méconnaître. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

nous devons des guérisons très satisfaisantes, souvent très sûres et brillantes. Mais pour être à même d'en faire un usage convenable, le médecin doit tout d'abord connaître les circonstances particulières auxquelles se rattachent le succès ou l'insuccès de leur application.

Eu égard au grand nombre et à la grande variété des formes pathologiques des affections cutanées, la série des méthodes et des moyens de traitements externes ou locaux est très peu considérable; et cependant nous obtenons le plus souvent la guérison par leur emploi ; c'est pourquoi la méthode de traitement des maladies de la peau, en usage dans notre école, jouit d'une réputation très répandue de certitude et de succès.

Cela m'amène à vous parler d'une remarque que vous n'aurez pas à faire par vous-mêmes, je l'espère, dans votre pratique professionnelle et dont vous ne serez pas, je le désire, obligés de confirmer l'exactitude.

Chaque jour, on peut voir que des médecins, parfaitement instruits sous tous les rapports, éprouvent le plus grand embarras dans le traitement des maladies de la peau et ne peuvent pas venir à bout de guérir une maladie vulgaire, un eczéma, par exemple, bien qu'ils connaissent exactement et qu'ils emploient les médicaments qui donnent à nous et à d'autres les succès les plus certains.

D'où cela provient-il?

D'abord d'une supposition erronée, contre laquelle je veux vous mettre en garde.

Beaucoup de médecins s'imaginent que, en présence d'une maladie de la peau, ils ont avant tout à en poser le diagnostic méthodique. Cela étant fait, et je veux l'admettre bien fait, il s'agit par exemple d'un eczéma, le médecin se figure alors qu'il n'y a rien de plus pressé pour lui que de chercher dans un traité ou un compendium des maladies de la peau ; là il doit trouver les moyens qui sont recommandés contre l'eczéma, la pommade de diachylon, le goudron, etc. Il ne lui reste plus qu'à employer ces remèdes et la maladie doit guérir.

Mais, d'une manière générale, nous ne possédons que très peu de moyens qui agissent efficacement contre le processus pathologique en lui-même, que l'on puisse, par conséquent, employer d'après une sorte de règle générale et dont on puisse attendre la guérison dans le cas actuel, comme l'arsenic à l'intérieur contre le lichen ruber, l'huile de foie de morue contre le lichen scrofuleux, le soufre contre le prurigo (1). Pour le restant, nous ne connaissons que des remèdes et des méthodes

(1) La thérapeutique interne des affections de la peau n'est pas enfermée dans ces étroites limites ; sans parler du mercure et des iodures dans la syphilis tégumentaire, les alcalins, les balsamiques,

qui peuvent améliorer et faire disparaître tels ou tels symptômes des maladies. C'est donc contre les divers symptômes isolés que notre traitement doit être dirigé, sans nous préoccuper tout d'abord de savoir à quelle forme pathologique appartient l'un ou l'autre symptôme morbide. En s'adressant ainsi à chaque symptôme isolément, on peut alors également, par cela même, faire disparaître la maladie, parce que, en définitive, celle-ci est constituée par la somme de ces symptômes.

Nous verrons de plus que chaque forme pathologique présente aux différentes périodes de sa marche des symptômes très différents. Les symptômes de l'eczéma, par exemple, sont à une certaine époque une rougeur avec desquamation; à un autre moment on trouve des vésicules, de l'inflammation, du gonflement, et dans une troisième période, il y a du suintement et formation de croûtes. Eh bien! le médicament qui agit favorablement contre le premier symptôme que nous avons signalé, employé dans la seconde période de la même maladie, ne sert de rien, ou plutôt il est nuisible, en ce qu'il exagère les phénomènes inflammatoires.

Il en est de même de cette circonstance que la même affection présente au même moment des symptômes différents sur diverses parties du tégument. Ce serait un traitement très défectueux que celui qui, parce que la maladie est systématiquement la même partout, consisterait à appliquer aussi le même remède sur tous les points de la peau, qui, cependant, présentent des symptômes différents.

Nous devons donc connaître exactement et apprécier les symptômes actuellement existants, suivant chacune des parties qu'ils occupent, et, sans tenir compte de l'affection générale, nous devons leur appliquer les remèdes et les méthodes de traitement qui leur conviennent, et changer la médication, dès que les symptômes eux-mêmes se modifient d'une manière graduelle ou essentielle.

Pour résoudre un tel problème, il faut déjà une attention très persévérante et soutenue par une grande expérience.

En voyant toujours dans les seuls symptômes du moment l'indication essentielle pour le traitement, nous sommes en position de traiter convenablement jusqu'à un certain point, des maladies de la peau dont nous ne pourrions pas dans le moment établir le diagnostic scientifique

---

l'ergot de seigle, le tannin, la belladone, l'acide phénique, l'iode, l'iodoforme, etc. etc., trouvent leurs indications dans toute une série de dermatonoses. De plus, est-il nécessaire de l'ajouter, l'arsenic n'est pas plus exclusivement approprié au lichen ruber que l'huile de morue ne l'est au lichen des scrofuleux ou le soufre au prurigo.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

d'une manière bien nette. Que l'on s'en tienne aux altérations morbides que l'on a sous les yeux, que l'on cherche à les faire disparaître, et de cette façon on procurera déjà un grand soulagement au malade, et souvent on pourra préparer la voie à la guérison proprement dite.

Mais le succès du traitement ne dépend pas seulement du choix que l'on aura fait du médicament qui convient à tel ou tel symptôme ou à la région spéciale de la peau sur laquelle on l'applique. Il faut encore que ce remède soit employé suivant une méthode telle, que le but que l'on se proposait d'atteindre localement soit aussi obtenu d'une façon sûre. De là vient qu'un médecin obtiendra avec de l'huile de table ordinaire et du savon, ou avec une pommade simple, dans un délai de vingt-quatre heures, une guérison qu'un autre n'obtiendra pas du tout dans le même nombre de jours. Je vous conseille donc de peser bien mûrement la méthode éprouvée dont vous ferez choix, et de ne pas vous décider légèrement.

Enfin, n'oublions pas que les médicaments bien choisis, convenablement appliqués sur le lieu où ils doivent être mis, n'exercent pas seulement une action curative contre les symptômes pathologiques existants, mais peuvent encore, en raison de leurs propriétés physico-chimiques, exercer sur les parties saines comme sur les parties malades de la peau, une action qui se manifeste sous forme de maladie, mais peuvent aussi, suivant leur nature spéciale, leur tendance à la résorption, leur action spécifique sur les reins, le cœur, le système nerveux central dépasser notre intention, c'est-à-dire devenir nuisibles et même mortels. Non seulement, ce qui est d'ailleurs connu, les caustiques peuvent, contrairement à notre intention, détruire aussi la peau saine à côté des parties malades, mais encore des substances tout à fait indifférentes et innocentes, l'huile de table, l'huile de foie de morue, l'eau de fontaine même peuvent, quand on les applique sur une peau malade, exagérer localement les symptômes morbides et les modifier d'une façon défavorable, tout aussi bien qu'elles peuvent rendre malades les parties saines de la peau (1). Aussi doit-on, dans le maniement des médicaments, penser toujours à ces actions secondaires possibles et agir en conséquence dans la marche du traitement.

Tout cela repose sur deux conditions : la première est que l'on connaisse le plus exactement possible l'action que les différents remèdes peuvent déterminer sur la peau saine et sur la peau malade. La seconde est que, dans chaque phase du traitement, on fixe par avance et méthodiquement l'action locale que l'on désire obtenir du médicament mis en usage, et qu'on mette celui-ci de côté aussitôt que cette action a

(1) Voy. la note 1, page 91. E. B. — A. D.

été effectivement obtenue. En effet, tous les organes cutanés ne sont pas également vulnérables par les agents extérieurs et ne sont pas susceptibles de réagir contre eux d'une égale façon ; il en est de même à l'égard des médicaments. Tandis que, par exemple, l'expérience nous apprend qu'il faut pratiquer sur la peau environ douze frictions de savon noir pour faire complètement tomber l'épiderme, voilà, cependant, que chez un malade, apres quatre frictions, la peau devient rouge et œdémateuse ; il est certain qu'il serait extrêmement préjudiciable de faire encore huit frictions chez cet individu. L'effet désiré, c'est-à-dire la chute totale de l'épiderme, a été déjà obtenu avec quatre frictions ; or, les frictions que l'on ferait en plus ne pourraient qu'enflammer la peau au delà du but que l'on se proposait, et comme un tel état peut aussi devenir dangereux pour la vie, il est alors évident que, par suite de notre ignorance de la méthodologie, le savon pour friction qui est d'ailleurs si anodin se transformerait en un agent toxique dangereux.

C'est avec intention que je me suis longuement étendu sur ce sujet. C'est seulement dans le cours de votre pratique que vous reconnaîtrez la grande importance des conditions générales, que je vous indique ici, d'un traitement rationnel des maladies de la peau, et cela à votre satisfaction, si vous vous y conformez, à votre grand regret, si vous vous en écartez.

Mais, des conditions que je vous ai exposées, il ressort encore un enseignement qui a une grande valeur : c'est qu'il n'est nullement question ici de recueillir à grand'peine une quantité de formules et de recettes pour le traitement des maladies de la peau et de vous creuser le cerveau pour les entasser dans votre mémoire, pour les savoir toutes, parce que le médicament préparé suivant ces formules ne produit aucun effet entre les mains de tel médecin, tandis qu'il donne les meilleurs résultats entre les mains d'un autre.

Ce qui est essentiel pour réussir dans le traitement des maladies de la peau peut se résumer dans les trois points suivants :

1° Bien apprécier les divers symptômes de la maladie sur les différentes régions de la peau et à chaque période de la maladie;

2° Déterminer et reconnaître exactement les modifications qui peuvent être obtenues localement dans ces symptômes en vue de la guérison ;

3° Connaître les divers médicaments par lesquels on peut obtenir cette modification, ainsi que la manière dont on doit les employer (1).

---

(1) Et... — 4°, traiter les malades en médecin, c'est-à-dire sans exclusivisme, et en relevant les indications et contre-indications qui peuvent se présenter dans chaque cas particulier.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Les médicaments le plus communément usités dans le traitement local ou externe des maladies de la peau sont :

L'eau, sous forme de bains chauds ou froids, simples ou additionnés de substances médicamenteuses, sulfure de potasse ou de chaux, soude, alun, sublimé, sel marin, acétate de plomb, acétate d'alumine, etc., sous forme de douches, de bains de vapeur, d'enveloppements humides (méthode de Priessnitz) et locaux. En général, à moins que l'on ne se propose un but spécial en prescrivant un bain d'une température particulièrement basse ou élevée, le bain chaud sera réglé suivant la manière dont le malade le supporte.

La durée des bains sera mesurée suivant l'habitude ordinaire des gens, mais, suivant le but spécial, on pourra le prolonger pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, voire pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ces derniers, les bains continus, ont été proposés par Hebra, qui en a rendu l'exécution possible par une disposition spéciale de bains qu'il a imaginée, — le lit d'eau de Hebra (Hebra'sches Vasserbett).

Nous exposerons en détail ce moyen thérapeutique en son temps, ainsi que son action curative et ses indications.

En général, l'eau agit en amenant le ramollissement, la macération de l'épiderme et des produits morbides qui y sont déposés, squames et croûtes; on l'emploie froide, chaude ou très chaude, suivant les cas spéciaux; elle a pour résultat de modérer l'inflammation, comme dans les cas de furoncles, de dermatite, d'érysipèle, de phlegmon; mais, si elle reste trop longtemps en contact avec la peau, elle peut l'irriter, déterminer de l'eczéma.

Aussi est-ce surtout comme moyen de macération qu'on l'emploie pour obtenir le ramollissement et le détachement des squames et des croûtes; puis, comme véhicule pour des substances médicamenteuses et pour l'application du savon ; on l'emploie également sous forme d'enveloppements protecteurs dans les cas de pertes étendues d'épiderme (dans les brûlures, le pemphigus, etc.), et enfin, on l'utilise comme moyen antiphlogistique (1).

---

(1) Dans les affections de la peau, le bain a des indications et des contre-indications que nous préciserons à l'occasion de chacune de ces affections en particulier; à titre général, on doit faire remarquer que ces indications et contre-indications semblent peu familières à la plupart des médecins, qui prescrivent les bains avec quelque banalité, avec un abus manifeste, et sans formuler en termes précis leur durée, leur température ou leur composition exacte.

Le bain le plus souvent indiqué est le bain *simple*, *tiède ;* — le bain

C'est par la macération qu'ils déterminent, — et ils amènent ainsi la guérison d'une manière en quelque sorte scientifique — (dans le pru-

---

chaud et le bain *froid* sont très habituellement sans objet, ou contraires; à plus forte raison, la plupart des pratiques hydrothérapiques proprement dites. On a, dans beaucoup de cas, grand avantage à substituer, ou à associer au bain tiède, la douche en pluie on en arrosoir, *tempérée;* on peut ainsi, à l'aide de ce moyen de traitement presque ignoré, localiser l'action de l'eau, la doser en quelque sorte, hâter la résolution de certaines lésions, et obtenir dans toute une série de cas des résultats très remarquables.

Très fréquemment, on a recours, soit pour les bains, soit pour les douches, à l'addition de diverses substances — bains *médicamenteux.*

Les bains dits adoucissants ou *émollients*, antiphlogistiques, occupent le premier rang : bains de son ou d'amidon, en nature ou par décoction, bains de guimauve, de farine de graine de lin, bains gélatineux, etc.

Après ces derniers, les bains médicamenteux les plus employés sont le bain alcalin et le bain sulfureux ; une seule recommandation générale, c'est de prescrire, pour chaque malade, la dose et la nature de l'agent employé. Pour le bain alcalin, la dose de 250 grammes (c'est-à-dire de un gramme par litre d'eau) de carbonate de soude que l'on emploie d'ordinaire, est trop élevée pour un grand nombre d'affections irritables de la peau, et elle doit être souvent réduite de moitié ou même au quart ; très souvent nous substituons avec avantage au carbonate de soude le sous-borate de soude, aux doses de 50 à 150 grammes par bain.

Mêmes remarques pour les bains sulfurés ; la dose de 100 grammes de trisulfure de potassium est souvent trop élevée, en ajoutant que ce bain, ou *bain antipsorique* de Jadelot, n'est pas le même que le bain sulfureux ou *bain de barèges artificiel*, et qui se compose de 60 grammes d'hydrosulfate de soude cristallisé et de chlorure de sodium et de 30 grammes de carbonate de soude. Nous répétons que, pour ces bains comme pour tous les autres bains médicamenteux, le médecin doit inscrire sur sa prescription la nature et la dose des agents à employer.

Nous aurons soin de fournir tous les renseignements nécessaires à ces prescriptions à l'occasion des affections dans lesquelles sont indiqués les bains acides, astringents, résolutifs, savonneux, mercuriels, phéniqués, etc., etc., etc.

La *durée* des bains doit être également prescrite par le médecin ; la moyenne d'une heure est souvent trop longue ou trop courte ; les *bains prolongés* pendant plusieurs heures sont fréquemment nécessaires, et les bains beaucoup plus longs encore, ainsi que les *bains continus*, constituent des agents d'action d'une haute valeur, dont on doit la connaissance et l'emploi aux usages de quelques stations balnéaires, et à la pratique de Hebra et de ses élèves ; nous donnerons les indications et les renseignements nécessaires à la vulgarisation de ces procédés de balnéation.

Les *lotions* et les *pulvérisations* se font avec les mêmes préparations que celles qui sont usitées pour les bains ; elles s'emploient souvent

rigo, le prurit, le psoriasis, etc.), qu'agissent les enveloppements de caoutchouc proposés, d'après Colson (1869), par Hardy et par He-

---

à *des températures élevées*, comme dans l'acné, le prurit vulvaire, mais ordinairement à la température *tiède*.

Les bains d'*eaux minérales naturelles* sont utilisés dans le traitement *local* des affections de la peau ; quelques-uns sont très certainement doués de propriétés calmantes, lénitives : Plombières, Saint-Gervais, Schlangenbad en représentent quelques types ; ces eaux peuvent aussi être employées utilement en *lotions* après avoir été transportées.

Les eaux bicarbonatées faibles, ou arsénicales faibles, comme celles du Mont-Dore, de Royat, etc., trouvent, celles-ci surtout, de très réelles applications dans le traitement direct et local des dermatoses, quelquefois même à l'état subaigu.

De même pour les eaux sulfurées et sulfosalines de Luchon, d'Uriage, etc., dont l'application, faite avec compétence, est fort souvent d'un grand secours.

Enfin, un bon nombre de nos stations hydrominérales pourraient être ajoutées à la liste de celles qui sont usitées en dermatothérapie, si les médecins qui les desservent prenaient soin d'y établir les bains prolongés tels qu'on les emploie à Loëche, ou dans quelques autres stations de l'étranger.

Mais, après avoir indiqué ce que l'on peut obtenir de l'action locale des eaux minérales appliquées au traitement des affections cutanées, nous ajouterons que la valeur essentielle des eaux minérales en thérapeutique dermatologique réside surtout dans l'action *générale* appropriée à l'état particulier de chaque sujet. Toutes les eaux minérales que la peau malade peut *tolérer* ont le droit de réclamer le traitement de ces affections cutanées, si elles sont, d'autre part, capables d'agir favorablement sur l'état constitutionnel du sujet ou sur les altérations matérielles ou fonctionnelles qui président aux lésions cutanées, ou, enfin, si leur composition les approprie particulièrement au traitement spécial ; telles, par exemple, les eaux de la Bourboule pour tous les cas où la médication arsénicale est indiquée.

Les bains et les douches de *vapeur d'eau, tièdes*, de $+20^{\circ}$ à 35° Centigr., mais non aux degrés où on les emploie contre les affections rhumatismales, à tous les titres du bain liquide, ont une importance considérable ; leur emploi presque entièrement inconnu, pour ne pas dire entièrement, de la généralité des médecins généraux, trouve son indication soit à l'état de bain entier, soit à l'état de douche localisée dans beaucoup de circonstances que nous indiquerons. Il y a souvent, à la vérité, une véritable difficulté à les mettre en usage dans beaucoup de localités, faute d'établissements balnéaires ayant les installations nécessaires ; toutefois, l'industrie fournit aujourd'hui, en grand nombre, des pulverisateurs *à vapeur*, de toutes dimensions, à l'aide desquels il est extrêmement aisé d'appliquer, *localisée*, la vapeur d'eau tiède simple ou médicamenteuse, et même de la répandre dans une chambre-caisse très facile à établir. La face, le cuir chevelu, les régions auriculaires, la langue, la région anale et la région vulvaire sont les points où l'ap-

bra (1), et qui consistent en vêtements, doigtiers, gants, camisoles, pantalons, puis (Besnier) en bonnets et en masques, confectionnés avec du

---

plication des douches localisées de vapeur d'eau tiède, simples ou médicamenteuses, peut être le mieux et le plus souvent faite.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'enveloppement par le caoutchouc, lequel n'est pas autre chose qu'une sorte de bain local continu, est une méthode toute française qui appartient (méthode, procédé et indications) au docteur Colson (de Beauvais); nous l'avons déjà indiqué dans plusieurs publications. Au professeur Hardy appartient l'honneur d'avoir introduit la méthode de Colson à l'hôpital Saint-Louis, où nous l'avons trouvée, à l'entrée de l'un de nous dans cet établissement, il y a quinze ans, appliquée sur une échelle assez restreinte, sauf dans la division de notre savant collègue, M. Lailler, de qui nous avons appris à la connaître et à l'appliquer, nous nous faisons un devoir de le dire. Depuis cette époque, nous avons soumis la méthode, durant de longues années, à une expérimentation publique, et nous croyons avoir contribué à en développer et à en préciser les indications. Son succès est incontestable, ce qui, pour une méthode française en France, est une rare fortune et une preuve de valeur extraordinaire.

Voici, au point de vue de la restitution historique, ce que l'un de nous (E. Besnier) a écrit en 1875, dans un mémoire *sur l'emploi des tissus imperméables, et notamment de la toile de caoutchouc dans le traitement des affections de la peau*, publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 janvier :

« La première idée de l'emploi et la première application de la toile de caoutchouc appartiennent à un éminent praticien de la province, Colson, de Beauvais, qui en a lui-même signalé et précisé brièvement, mais avec la plus grande netteté, les principales indications dans un excellent travail publié en 1869 (*De l'emploi de la toile de caoutchouc vulcanisée dans les maladies dartreuses*, par M. Colson, médecin-chirurgien en chef des hospices de Beauvais, *Gazette des hôpitaux de Paris*, n° 23, 25 février 1869, p. 89).

Mais il y avait une quinzaine d'années déjà que le savant médecin de Beauvais employait la toile vulcanisée. Il n'avait toutefois, bien à tort trop modeste ou trop discret, encore rien publié sur ce sujet, lorsqu'en 1866 une rencontre professionnelle lui fournit l'occasion de recommander l'emploi de ce moyen à M. le professeur Hardy, qui le mit bientôt en œuvre dans plusieurs affections de la peau, en obtint les résultats les plus satisfaisants et put écrire, à la fin de 1866, à Colson les lignes suivantes : « J'ai vérifié l'exactitude des résultats que vous m'avez « annoncés, et, depuis quinze mois, j'ai presque toujours remplacé les « cataplasmes employés pour combattre les phénomènes inflamma- « toires de la peau par l'application de la toile de caoutchouc, et cela « *au grand avantage des malades;* dans mon service d'hôpital, les cata- « plasmes ont presque complètement disparu maintenant. »

Au mois de septembre de l'année 1867, le professeur Hebra, de Vienne, reçut à Paris, de M. Hardy, l'indication du nouveau mode de traitement,

caoutchouc vulcanisé ou avec des étoffes caoutchoutées (1). Placés en contact immédiat sur la peau nue, ces tissus empêchent l'évaporation

---

le mit en expérimentation à son retour à Vienne, et publia, en 1869, les résultats extrêmement favorables qu'il avait obtenus, *in Archiv. für Dermat. und Syph.*, n° 1 (Anal. par Lorber *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, t. Ier, p. 235).

Nous préciserons les cas dans lesquels l'emploi de la toile vulcanisée est applicable; nous voulons seulement dire ici que, trop souvent, cet emploi est mal compris par les médecins et mal appliqué par les malades; l'épaisseur des toiles employées est presque toujours trop forte, la surface trop grande; les pansements sont mal faits, les toiles mal entretenues alors qu'il est si facile de les laver à l'eau simple; de plus, oubliant qu'il s'agit seulement d'un *mode local de bain continu*, on combine l'application de la toile imperméable avec des poudres, des pommades, etc.

Toutes les précautions que nous recommandons sont particulièrement essentielles dans la *médecine infantile*, où les toiles imperméables, surtout les plus fines, gutta-percha, taffetas gommé, rendent des services considérables, mais à la condition d'être employées avec discernement et convenablement appliquées, ce qui n'est pas l'ordinaire, nous le répétons.

Voici quelques règles générales : employer des toiles de caoutchouc, ou des feuilles imperméables *de quelque nature que ce soit*, aussi fines que possible; les tenir absolument propres en les lavant à l'eau boriquée faible, *froide et sans savon;* ne les jamais réappliquer que bien nettoyées, séchées et dépourvues de toute odeur. La dimension des morceaux de toile imperméable ne doit pas dépasser celle des parties malades, et les surfaces avoisinantes doivent être protégées contre le suintement qui, souvent, dépasse les limites du tissu imperméable et accroît directement la surface malade. Les pièces de caoutchouc sont maintenues par des bandes ou des compresses de tarlatane, de toile ou de coton, de flanelle, selon la saison.

Nulle autre application ne doit être faite en même temps, ni poudres, ni pommades, ni liniments; si l'enveloppement imperméable doit alterner avec ces applications, les surfaces malades seront complètement déblayées avant le pansement.

La durée des applications de caoutchouc est très variable, selon l'intensité de la sécrétion qui existe ou qui s'établit; après quelques heures d'application, il est toujours bon de vérifier l'état des surfaces et de refaire un pansement net. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Au lieu de toiles imperméables, caoutchoutées ou non, nous employons aussi le caoutchouc laminé sous forme de compresses, de plaques, de bandes, de bandelettes, de doigtiers, ongliers, gants totaux ou partiels, à doigts ou à pochette unique, de bracelets, de brassards, de jambières, genouillères, cuissards, suspensoirs, plaques anales et vulvaires, calottes, bonnets, oreilles moulées, masques entiers ou par fractions, sandales, etc., etc. Tous ces objets ont pour avantage parti-

du liquide de la perspiration cutanée, lequel se dépose en gouttes et agit par macération (1).

---

culier de s'appliquer exactement sur les parties malades et de tenir aisément sans pansement contentif.

La condition générale et *absolue* de succès est que le caoutchouc employé ne soit pas vulcanisé et soit souple, *fin* et d'une élasticité faible. Nous voyons tous les jours des malades à qui on a ordonné des gants de caoutchouc et qui portent à leur grand dommage des gants de laboratoire en caoutchouc vulcanisé massif, mal moulés et offensants par leur épaisseur, leur rigidité, l'élévation de température qu'ils déterminent; d'autres chez qui les jambes eczémateuses sont enveloppées de bandes de caoutchouc massif ayant déterminé une véritable vésication, etc., etc.

A l'occasion de chaque série particulière de cas, nous entrerons dans les détails d'application qui sont nécessaires, mais nous ne saurions trop vivement protester contre la manière incorrecte avec laquelle on applique presque universellement une méthode que l'on aurait ainsi compromise, si elle le pouvait être.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Chez un certain nombre de sujets, l'application directe de la toile imperméable, ou du caoutchouc laminé, surtout quand la couche cornée de l'épiderme est altérée, est mal tolérée, soit parce qu'elle donne lieu à des phénomènes subjectifs désagréables, dont les malades se plaignent, soit parce que les tissus avoisinants, baignés par le suintement pathologique, s'irritent et s'altèrent eux-mêmes. Pour obvier à ces inconvénients, nous avons institué, comme *méthode* non pas absolue, mais très générale, d'interposer, entre la surface malade et la toile imperméable, une ou plusieurs couches de mousseline imbibée d'eau de son boriquée *faiblement*, 5 p. 1000, ou de lin boriqué, imprégné d'eau tiède simple ou rendue émolliente. Les compresses de mousseline bien imprégnées d'eau *tiède*, et étanchées, sont placées sur la surface malade, la toile ou la lame imperméable un peu plus grande, puis le pansement de contention.

Ce procédé de *pansement antiphlogistique* et *antiseptique*, d'une extrême simplicité, d'une facilité d'application très grande et d'un bon marché absolu, s'applique, comme nous le verrons, à un très grand nombre d'affections cutanées; il ne réclame, comme le caoutchouc à nu, qu'une extrême propreté dans le détail; aussitôt que la mousseline moite a pris de l'odeur, le pansement doit être changé et les mousselines bien lavées à l'eau boriquée bouillante avant d'être réemployées. La propreté antiseptique est aussi nécessaire en dermatologie qu'en chirurgie.

Ces pansements, tels que nous les avons institués, réalisent, avec beaucoup plus de simplicité dans le manuel, et de facilité dans l'exécution, le bain local continu, tel qu'on l'obtenait autrefois avec les cataplasmes; le surtout imperméable n'a d'autre but et d'autre objet que de maintenir *humides* les compresses de mousseline, condition essentielle du mode de pansement.

Les corps gras de toutes sortes sont très habituellement mis en usage pour obtenir le ramollissement des produits morbides déposés sur la peau : l'huile d'olive, l'huile de foie de morue, l'axonge, la glycérine, le pétrole, le baume du Pérou et la vaseline; cette dernière est une substance tirée des résidus du pétrole, ressemblant à une gelée, jaunâtre (1), transparente, se liquéfiant et s'étalant facilement, sans goût et sans odeur, non susceptible de rancir, très molle et très onctueuse, représentant une sorte de paraffine.

A ceux-ci, il faut ajouter la lanoline récemment préparée et recommandée par Liebreich; c'est une graisse cholestérique qui existe constamment dans la matière cornée (laine de mouton, corne du cheval, plumes des oiseaux, épiderme). Elle forme une substance brun jaune, épaisse, visqueuse et onctueuse, il faut la mélanger avec 5 à 10 p. 100 de glycérine ou de graisse pour l'utiliser pratiquement ou pour y incor-

---

Au lieu d'imbiber les compresses d'eau simple, ou d'eau boriquée, ou d'eau émolliente anodine, on peut employer les solutions médicamenteuses étendues de sublimé, de sulfate de cuivre, d'acide phénique, de tannin, de bicarbonate de soude, etc., etc., et remplir ainsi, d'une façon simple, un très grand nombre d'indications particulières très précises et très utiles en pratique.

Dans un service hospitalier, on peut, de la sorte, réaliser de grandes économies et simplifier la main-d'œuvre, tout en mettant en action une thérapeutique très active et très variée.

Toutefois, ce serait exagérer que de rejeter complètement les cataplasmes, cet antique moyen de traitement local des affections cutanées; convenablement préparés avec les fécules, ou avec les farines de graine de lin inaltérables que l'on trouve à présent dans le commerce, les cataplasmes sont encore parfois très utiles, voire indispensables. Leur emploi exige seulement de grandes précautions pour éviter les fermentations et les auto-inoculations qu'ils favorisent et déterminent trop souvent; ils doivent notamment n'être appliqués qu'à une température indifférente; si le médecin omet les recommandations nécessaires, il y a de grandes chances pour que les assistants les posent à une température aussi élevée que possible.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La vaseline convenablement préparée, à l'état mou ou à l'état liquide (huile de vaseline), n'est pas jaunâtre, mais parfaitement blanche; elle joue un grand rôle dans le traitement actuel des affections cutanées où elle a remplacé avec le plus grand avantage les graisses rancissantes. Elle peut, sans prendre aucune qualité irritante, recevoir une certaine quantité d'acide borique (1 à 5 p. 100) et être employée directement ou servir d'excipient pour toutes les pommades. Il faut savoir cependant que, pour quelques sujets en particulier, elle n'est pas tolérée par la peau saine ou altérée. E. B. — A. D.

porer des médicaments; employée en frictions, elle est rapidement résorbée et rend la peau onctueuse au toucher (1).

Les Anglais, mais surtout les Américains (Shoemaker) ont recommandé les oléates, qui, suivant leur base (oléate de zinc, de bismuth, de cuivre, d'argent, etc.), ont une action siccative, antiphlogistique, ou irritante et caustique. Je n'ai pas d'expérience personnelle sur ces préparations (2).

Depuis trois ans, R. Schröter a préparé un produit désigné au début sous le nom d'ichthyol; à présent (d'après l'analyse de Baumann et Schotten), par Unna, sous celui d'ichthyosulfate de soude, provenant de la distillation d'une pierre que l'on trouve à Seefeld, dans le Tyrol, contenant des débris de poissons antédiluviens. Unna a chaudement recommandé cette substance contre quelques maladies de la peau. Elle consiste en un liquide huileux, brun jaune, extrêmement fétide. Elle se mélange bien avec l'eau et les graisses, elle renferme jusqu'à 10 p. 100 de soufre chimiquement combiné à d'autres principes. Je trouve qu'on peut atteindre tout aussi bien les actions médicatrices attribuées à l'ichthyol, par Unna, avec d'autres médicaments ayant une odeur moins désagréable.

Les corps gras sont appliqués tels quels sur la peau, au moyen de bandes de flanelle, ou étalés sur de la toile, ou simplement en frictions, ou bien on les transforme en pommades en les broyant ou en les faisant cuire avec du mercure, du sublimé, du précipité blanc, de l'acétate de cuivre, du sulfate de cuivre, de l'acétate de plomb, de l'iode, de l'iodoforme, du soufre, du goudron, de l'acide phénique, de l'acide sali-

---

(1) La lanoline, ajoutée en proportions variées à la vaseline, mérite d'être utilisée, ne serait-ce que pour sa faculté d'absorber l'eau et la glycérine en quantités au moins égales à son poids, de faciliter l'incorporation d'un grand nombre de substances solubles et de se prêter à une série de formes médicamenteuses.

Sur la question de savoir si elle favorise, ou non, l'absorption par la peau des substances médicamenteuses incorporées — voyez Aubert, *Lyon médical* et *Ann. de Derm.*, 1887, — il reste encore à discuter. Cliniquement, nous assurons qu'elle favorise la pénétration des médicaments au travers de la *couche cornée*, et cela nous suffit amplement pour y avoir recours et pour en recommander l'emploi. Ses indications et ses doses seront fixées dans les différents cas où nous conseillerons d'y recourir. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Nous avons abandonné l'application des oléates après une expérimentation courte, mais qui nous a paru suffisamment démonstrative. E. B. — A. D.

cylique, de la chrysarobine, de l'acide pyrogallique, du naphthol, de l'opium, de la cocaïne, etc....

Parmi les emplâtres, les plus usités sont : l'emplâtre mercuriel, l'emplâtre de litharge et l'emplâtre de savon; par contre, on ne doit pas conseiller l'emplâtre de diachylon composé (emplâtre adhésif) parce que, chez beaucoup de personnes, il détermine de l'eczéma.

Nous faisons un grand usage du savon mou (savon vert); c'est un savon de potasse gélatiné, qui a une odeur se rapprochant de celle de l'huile de poisson, et dont la consistance est à peu près la même que celle des pommades, savon que nous préférons de beaucoup au savon dur ou savon de soude, dans le traitement des maladies de la peau. On l'emploie avec de l'eau pour obtenir la macération et la chute des matières grasses, des squames et des croûtes ramollies, ou bien on le frotte sur la peau comme une pommade; dans ces conditions, il détermine la chute de l'épiderme, ou bien on l'applique après l'avoir étalé sur de la flanelle, il provoque alors non seulement la macération, mais encore une irritation assez profonde des tissus.

En outre des divers savons de toilette, nous employons encore, mais particulièrement dans un but thérapeutique, l'esprit de savon de potasse, que l'on obtient, d'après les indications d'Hebra, en faisant digérer du savon vert avec moitié de son poids d'alcool parfaitement rectifié, puis on filtre; le savon de glycérine liquide de Sarg, qui est également un savon de potasse; enfin aussi, certains savons de fabrication spéciale, contenant des substances médicamenteuses, comme le savon de soufre, le savon de sable et de soufre (contenant une poudre de pierre ponce ou de talc de Venise pulvérisé), le savon de goudron, le savon de goudron et de soufre, le savon à l'iode et au soufre, le savon phéniqué, les savons de naphthol, de soufre et de naphthol, etc.

Le goudron (huile empyreumatique) que l'on tire de plusieurs espèces de bois, par distillation sèche, occupe une grande place dans notre arsenal de médicaments.

Nous employons le goudron du hêtre, *oleum fagi*, du bouleau, *oleum rusci*, et celui du juniperus oxycedrus, huile de cade, de même qu'une solution alcoolique éthérée de goudron, préparée sur les indications d'Hebra, la teinture de bouleau, *tinctura rusci*, dont nous vous ferons connaître en détail les propriétés particulières dans la thérapeutique spéciale. La résinéon, un des produits de distillation du goudron, a été longtemps en usage. Un autre produit chimique tiré du goudron, l'acide phénique ou carbolique, est également employé par nous, dans le même sens que le goudron, mais aussi comme agent de cautérisation. Une série de corps ayant une grande affinité au point de vue chimique, l'acide benzoïque, la résine de benjoin, l'acide salicylique, la chrysaro-

bine (Balmanno-Squire), l'acide pyrogallique (Jarisch), et le naphthol que j'ai introduit dans la thérapeutique sur les conseils de Ludwig, ainsi que les remèdes qui appartiennent à une autre série chimique, possèdent, jusqu'à un certain point, une influence thérapeutique très marquée. J'ai essayé bien souvent la résorcine (Andeer), mais sans effet notable (1).

Les alcooliques et l'éther, éther sulfurique ou éther pétroléique, le chloroforme, certains liquides appartenant au groupe des éthyles, l'opium, la cocaïne, etc., sont employés soit seuls, soit associés à des corps qu'ils tiennent en dissolution comme analgésiants, pour combattre la sensation de douleur et de prurit.

L'amidon de riz, de froment, la poudre de racine d'iris de Florence, la poudre de talc de Venise, d'amiante, le kaolin, les bols rouge et blanc sont employés seuls ou associés aux oxydes de zinc ou de bismuth et dans des combinaisons diverses ; bien qu'ils ne représentent qu'un remède indifférent et inoffensif, cependant ils ne laissent pas de rendre des services très importants dans le traitement des maladies de la peau. Dans certaines formes morbides, la méthode de traitement indifférente est la seule qui convienne (2) ; mais même pour appliquer ce mode de traitement, il faut, quant à la méthode et aux remèdes, s'appuyer sur quelque chose de positif.

Une autre série de médicaments est employée dans le but de détruire des productions pathologiques résultant de l'inflammation et se présentant sous forme de tumeurs, qui sont déposées dans la peau, ou bien lorsqu'on les applique à un degré d'intensité moindre, dans le but d'exciter une inflammation artificielle. Ce sont les acides végétaux et minéraux : acides acétique, chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phénique, salicylique, pyrogallique, lactique; les alcalis, l'ammoniaque, la potasse caustique ou la chaux, le chlorure de zinc, le chlorure d'antimoine, la pierre infernale, le sulfate de cuivre, la pâte de Vienne, de Landolfi, de Canquoin, la solution de Labarraque ou de Plenck, la

(1) Ce qui concerne la résorcine doit être réservé ; elle est tolérée par quelques sujets qui ne supportent pas le soufre, et son absence d'odeur forte mérite d'être prise en considération. D'ailleurs, sa valeur en applications antimicrobiennes locales mérite d'être mieux étudiée, spécialement dans le traitement local de toutes les variétés de scrofulotuberculose, où elle paraît devoir trouver de très réelles applications. E. B. — A. D.

(2) Ces formes sont très nombreuses, et c'est pour les méconnaître que les médecins font si fréquemment, dans les affections de la peau, un traitement local qui aggrave rapidement l'état morbide. E. B. — A. D.

poudre du frère Côme, médicaments sur l'ensemble desquels nous reviendrons plus tard pour examiner leur mode spécial d'action ainsi que les indications de leur emploi (1).

Il faudrait encore ajouter ici la galvanocaustique et l'électrisation.

Parmi les médicaments internes qui se sont montrés réellement efficaces contre certaines affections de la peau, nous devons citer : l'arsenic, le mercure, l'iode, l'iodoforme, l'iodol, l'huile de foie de morue, les préparations de goudron, la quinine, l'acide phénique, la tisane de Zittmann, la pilocarpine, l'atropine, tandis que d'autres médicaments sont simplement employés comme améliorant la nutrition et favorisant la circulation, ou sont dirigés contre des maladies spéciales, générales, ou qui atteignent certains organes isolés, en quelque sorte uniquement pour aider le traitement local, pour empêcher les récidives. Tels sont les amers, le fer, l'ergotine, les eaux minérales alcalines, arsénicales et ferrugineuses, le bromure de potassium, l'hydrate de chloral, les narcotiques et les hypnotiques en général, les cures de lait et de petit-lait, les moyens diététiques spéciaux, etc., que l'on trouve si souvent l'occasion de prescrire dans le traitement des maladies cutanées, suivant les conditions individuelles de chaque malade. Contrairement à l'opinion généralement adoptée, nous faisons aussi très grand usage, dans la dermatothérapie, de ces remèdes et d'autres médications dites internes. Mais nous distinguons entre l'action curative directe et incontestable d'un traitement local approprié et l'influence médicatrice indirecte ou hypothétique de certains remèdes internes, et nous ne croyons pas qu'on soit autorisé à abandonner les premiers en faveur des derniers.

Par contre, toutes les tisanes et les purgatifs recommandés comme ayant la propriété spéciale de purifier le sang, éméto-cathartiques, de même que les drogues d'Europe ou exotiques, réputées comme agissant d'une façon spécifique contre les dartres et la soi-disant disposition aux dartres, comme l'hydrocotyle asiatique qui a eu son heure de réputation, la hura du Brésil, ou encore les tisanes usitées en France (2) de pensée sauvage, de douce-amère, etc., tous ces médicaments, dis-je,

---

(1) Le nitrate de plomb, le nitrate d'argent, le bromure de potassium en poudre, etc., sont des caustiques de la peau dénudée qui peuvent être utilisés dans des conditions que nous déterminerons ; mais, depuis la vulgarisation du thermocautère et des électrocautères, le champ des caustiques est considérablement restreint en dermatologie ; avec le cautère actuel on peut faire presque toujours mieux, moins douloureusement et plus vite qu'avec les caustiques. E. B. — A. D.

(2) Personne ne croira l'auteur à qui il plaît de supposer que la France a le monopole des tisanes, ou que l'on y traite les maladies de

n'ont pas la moindre influence sur la marche des maladies de la peau (1).

Jusqu'ici, nous avons produit un grand nombre de faits relatifs tant aux maladies de la peau en général, qu'au siège anatomique, à la signification pathologique, aux symptômes cliniques, aux causes de ces maladies, aux méthodes et aux moyens de leur diagnostic et de leur traitement. Nous sommes, par conséquent, allés assez loin pour que vous puissiez aborder maintenant avec fruit le domaine riche en faits de la pathologie cutanée spéciale, et apprendre à reconnaître les diverses formes morbides cliniques.

Mais auparavant, il y a encore une question importante à résoudre, c'est celle de la voie à suivre pour arriver à la classification des maladies cutanées.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter trop longtemps en pénétrant dans le détail de ce sujet. Nous savons par le développement historique de notre doctrine qu'il était indispensable d'avoir une bonne classification des maladies de la peau dès l'instant où l'on commença à apporter une attention sérieuse à ces affections; nous savons que de nombreux systèmes des dermanotoses, les uns simples, d'autres extrêmement compli-

---

la peau par les infusions de pensée sauvage et de douce-amère ; mais tout le monde reconnaîtra qu'il ne donne pas un bon conseil à ses élèves lorsqu'il leur enseigne à priver systématiquement les malades des boissons aqueuses sous forme d'infusions amères ou autres, et plus encore lorsqu'il ne leur enseigne pas à se servir des purgatifs.

E. B. — A. D.

(1) Les boissons aqueuses, les infusions diurétiques, ont des indications très nettes dans les dermatoses où l'oligurie est manifeste ; et dans tous les cas où il faut exciter les reins ; l'auteur le reconnaît implicitement lui-même, puisqu'il écrira plus loin (voy. huitième leçon) qu'il est incontestable que « sous l'influence d'une exagération de la sécrétion des reins, on voit disparaître plus rapidement des exsudats et des œdèmes anciens ». D'autre part, diverses infusions médicamenteuses constituent un excellent excipient pour un grand nombre de médicaments qu'il y a intérêt à *diluer*, les bicarbonates et benzoates, l'iode, l'iodure de potassium, les arséniates solubles, etc.

Les indications des purgatifs ne sont pas moins nettes quand on veut obtenir un effet hydragogue, lorsque les reins ne répondent pas suffisamment à l'action des diurétiques, ou encore lorsque l'on veut obtenir une réaction dérivative ou révulsive sur la surface intestinale, par exemple dans l'eczéma étendu suintant, ou dans l'eczéma aigu avec bouffissure de la face, etc., etc. Les purgatifs enfin sont un des éléments de l'antisepsie intestinale qu'un médecin judicieux n'omet pas de chercher à réaliser dans les cas, assez nombreux en pathologie cutanée, où l'indication s'en présente nettement.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

qués, ont pris naissance dans la suite des temps; mais nous savons aussi que, même à l'heure actuelle, il n'y a pas une seule classification qui réponde à toutes les exigences de la science et de la pratique.

Je vous ai également indiqué quels sont les principes qui ont dominé dans les différents systèmes de classification, sans que, cependant, on soit jamais arrivé à un résultat d'une stricte exactitude. C'est pour cela aussi que vous n'avez aucun intérêt essentiel à connaître les formules spéciales de ces systèmes qui ont été réellement cités dans tous leurs détails ou indiqués dans la partie historique.

Une chose sur laquelle je crois devoir appeler votre attention, c'est que, après la tentative malheureuse faite par Plenck pour classer les maladies de la peau, uniquement d'après les signes de leur apparence extérieure, en taches, papules, bulles, croûtes, etc., les efforts de la plupart des auteurs qui régissaient l'étude clinique des maladies cutanées se sont appliqués à exprimer dans un système harmonique les signes naturels, c'est-à-dire les caractères physiques des dermatopathies.

Dans l'exécution de ce plan, quelques auteurs sont allés jusqu'à l'extrême, en plaçant au premier rang, d'une manière exclusive, les états anatomiques ; tel est Er. Wilson qui naguère divisa les maladies de la peau en maladies de l'épiderme, du derme, des follicules, des vaisseaux et des nerfs, division tout à fait artificielle et insoutenable, car, en réalité, il est extrêmement rare que ces divers tissus anatomiques soient malades d'une façon aussi isolée (1). D'autres, au contraire, ont tenu trop

---

(1) La classification anatomotopographique des maladies de la peau ne peut, pas plus qu'aucune autre, être suffisante à elle seule, et, par conséquent, elle ne peut être généralisée ; mais elle conserve une importance de premier ordre pour des catégorisations de seconde ligne, ou partielles ; la classe des *acnés*, par exemple, absolument naturelle, immuable, est parfaitement utile à maintenir ; il y aurait un réel intérêt à constituer une classe semblable avec les lésions des glandes sudoripares.

Avant Er. Wilson, divers auteurs avaient cherché à systématiser sur cette base les affections de la peau : Jackson (Londres, 1791, *Dermatopathologia cit.* Rayer) divisait les maladies de la peau en trois groupes : 1° sécrétions dépravées des glandes sébacées ; 2° état morbide des bulbes des poils ; 3° condition morbide des vaisseaux cutanés.

Bichat, *Anatomie générale*, Paris, 1801, distinguait quatre classes : 1° maladies des papilles ; 2° maladies du tissu cellulaire des aréoles du derme ; 3° maladies du réseau capillaire extérieur ; 4° maladies du chorion.

Grimaud (*Lancette française*, 1831, p. 327) propose quatre ordres :

exclusivement compte, dans leurs classifications, des caractères « naturels » comme Alibert, qui semble avoir complètement perdu de vue la base scientifique positive (1).

Une classification moins imparfaite est celle qui prend pour base les états anatomiques et physiologiques ; car elle est scientifique, et, en même temps, elle permet de distribuer les maladies de la peau en certains groupes naturels. Cette idée a été formulée d'une manière très remarquable par Baerensprung, qui divisait les maladies de la peau en : 1° troubles de l'innervation ; 2° troubles de la sécrétion ; 3° troubles de la nutrition.

La classification des maladies de la peau basée sur leurs caractères anatomopathologiques fondamentaux est l'œuvre de Hebra (2) ; cela a déjà été exposé précédemment.

Si l'on affirme que ce système repose sur une base anatomo-pathologique, il est inutile d'insister sur ceci que la classification n'est pas purement anatomique, comme on l'a souvent dit à tort. Car anatomopathologique signifie anatomoclinique et est l'expression des modifications anatomiques occasionnées par les processus pathologiques et qu'il

---

1° maladies du corps réticulaire ; 2° maladies des papilles ; 3° maladies des cavités infundibuliformes ; 4° maladies des follicules.

Baker (*cit.* Rayer) établit deux classes : 1° maladies de l'épiderme comprenant les squames, les vésicules et les bulbes ; 2° maladies du derme, dans lesquelles les papules, les tubercules, les pustules.

Baron, 1838 (Mémoire sur la localisation des maladies cutanées, présenté au concours des internes en 1837 et reproduit dans la *Gazette médicale* de 1848) donne la classification suivante : 1° maladies de l'appareil vasculaire ; 2° des papilles ; 3° de l'appareil sudoripare ; 4° de l'appareil sécréteur de l'épiderme ; 5° de l'appareil chromatogène ; 6° des follicules sébacés ; 7° des bulbes pilifères ; 8° de la matrice des ongles ; 9° de la trame cellulofibreuse ; 10° maladies affectant simultanément plusieurs éléments de la peau. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La classification d'Alibert, le professeur Hardy l'a très justement fait remarquer, avait une base absolument philosophique et un but essentiellement pratique ; elle cherchait à réunir, pour caractériser chaque maladie, ses phénomènes principaux de tout ordre ; elle a échoué surtout à cause de son manque d'unité, à cause de sa complication et de sa complexité trop grandes pour la vulgarisation, et en raison de l'exubérance, de la fantaisie et des néologismes inacceptables de sa nomenclature. E. B. — A. D.

(2) C'est par erreur qu'il est, dans le texte courant, fait honneur à Hebra de la *création* de la classification anatomopathologique des maladies de la peau. C'est à Rayer, 1831, à qui revient cet honneur.

Hebra a textuellement, dans son système, recueilli les six classes de

faut rapporter à ces derniers. Le caractère et en même temps l'avantage du système de Hebra consiste dans l'heureuse combinaison de ces deux conditions en un principe unique, qui permet aussi de le modifier suivant les progrès de la science pathologique et anatomique, sans changer le principe de classification.

Hebra lui-même a toujours fait remarquer les défauts de sa classification et son désir de l'améliorer. Mais, malgré tout, elle paraît correspondre en général mieux que toutes les autres classifications connues jusqu'à ce jour aux exigences d'une division scientifique et pratique des maladies de la peau. C'est pourquoi aussi la plupart des nouveaux dermatologistes l'ont acceptée, soit dans son intégrité ou avec des modifications insignifiantes, soit utilisée pour appuyer les autres classifications.

Nous faisons tout d'abord allusion aux prétendues nouvelles classifications des maladies de la peau qui ont été publiées par Neumann, Duhring, la Société américaine de dermatologie et par Bulkley. Car ces auteurs se sont essentiellement bornés à des abréviations et en partie

---

la 1re section de la classification de Rayer, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture des deux tableaux ci-dessous :

Rayer, 1831.	Hebra, 1845.
I. — Inflammations.	I. — Hyperhémies.
II. — Sécrétions morbides.	II. — Anémies.
III. — Congestions et hémorrhagies.	III. — Anomalies de sécrétion des glandes de la peau.
IV. — Anémies.	IV. — Exsudations.
V. — Névroses.	V. — Hémorrhagies.
VI. — Vices de conformation.	VI. — Hypertrophies.
	VII. — Atrophies.
	VIII. — Néoplasmes.
	IX. — Pseudoplasmes.
	X. — Ulcérations.
	XI. — Névroses.
	XII. — Parasites.

Hebra n'a rien fait autre que de développer la classification de Rayer, de l'étendre et d'y introduire les modifications et additions que comportaient les progrès réalisés de 1830 à 1845; ce n'est pas diminuer la valeur de son système que de reconnaître le mérite du véritable créateur, et voici comment doit être rétablie la vérité vraie : *La classification anatomopathologique, scientifique, des maladies de la peau, celle qui est encore aujourd'hui préférable, a été instituée par Rayer, incomplète, mais très remarquable pour l'époque à laquelle elle a été produite. Le professeur Hebra a repris la classification de Rayer, et, bénéficiant des progrès de l'anatomie pathologique réalisés au moment où il a écrit, il l'a étendue, développée et complétée.* ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

à une interversion de groupes de la classification de Hebra, changements que chaque système permet jusqu'à un certain point.

Auspitz est le plus radical dans sa classification des maladies de la peau (1881) dans laquelle, après une critique des autres classifications et particulièrement de celle de Hebra, il propose une nouvelle systématisation des dermatoses. La tentative de classer les maladies de la peau d'après une base neuropathologique apparaît ici pour la première fois sur une grande échelle. Cette modification est-elle actuellement opportune ?

Nous ne voulons pas trancher cette question. Mais il est devenu évident pour nous que la classification proposée par Auspitz abonde dans ses principes dirigeants des mêmes défectuosités que l'auteur reproche si âprement à celle d'Hebra, et qu'elle est beaucoup moins pratique que cette dernière, par la raison que par amour pour une base de classification souvent très hypothétique, elle sépare des processus naturellement homogènes et réunit des formes morbides tout à fait disparates.

Depuis lors, il s'est produit d'autres tentatives, dignes d'attention, pour créer de nouvelles classifications des maladies de la peau correspondant à toutes les exigences de la science et de la pratique. Ainsi Schwimmer a présenté une nouvelle classification basée sur la nature neuropathique de beaucoup de maladies de la peau; mais on ne peut la maintenir entièrement sur cette base, puisque un petit nombre seulement de dermatonoses ont cette origine; dans bon nombre de cas, ce rapport est très hypothétique ou ne peut être affirmé qu'à tort; et, même dans les cas où ce point de départ est exact, la nature du processus n'est pas complètement expliquée. D'autre part, Hans Hebra a essayé de transporter le système d'Auspitz dans le domaine pratique; toutefois, il a été obligé de le modifier. Le système de Hyde qui paraît formé d'après la classification anatomique de Wilson, ceux de Hillairet, de Berlioz trouveront probablement tout aussi peu d'imitateurs que la classification non systématique d'après laquelle on a décrit les maladies de la peau dans l'encyclopédie de Ziemssen. Nous nous en tenons donc à la classification de Hebra pour les maladies de la peau qui, comme je le crois, tient, sous tous les rapports, compte de l'état actuel de notre science, réunit l'avantage de la simplicité à celui de la vérité, en considérant avant tout le caractère clinique des lésions cutanées. Mais cet effet ne tient, pas exclusivement à une condition étiologique particulière, ni à une déviation anatomique pure ou à un trouble fonctionnel, il est aussi l'expression de la coopération de toute une série d'actions sous l'influence desquelles la marche spéciale de la maladie devient très obscure, mais typique et décisive.

Avec cette interprétation de la notion d'un processus morbide on

différencie très bien les diverses dermatoses, d'après des caractères particulièrement saillants, qui sont tantôt anatomiques, tantôt physiologiques, ou étiologiques ; on peut, d'autre part, réunir en groupes dits naturels beaucoup de ces affections en les associant d'après une somme de caractères communs.

Nous dépasserions de beaucoup les limites de notre travail en motivant encore plus complètement ce qui précède. Le système de Hebra offre une orientation facile, une voie sûre et un point d'appui solide pour l'étude comme au lit du malade; il vous convaincra de la justesse de ce que je viens de dire et vous apprendra à apprécier cette classification. D'après cette classification, les maladies de la peau sont divisées en douze classes :

I. Hyperhémies cutanées. Maladies de la peau consistant en une hyperhémie;

II. Anémies cutanées;

III. Anomalies de la sécrétion cutanée et des glandes de la peau. Affections de la peau, consistant en un trouble de fonction et de nutrition des glandes sudoripares et sébacées, ou qui peuvent être produites par ce même trouble;

IV. Dermatoses inflammatoires, processus d'inflammation de la peau. C'est dans cette classe que rentrent la plupart des maladies de la peau. Elles se subdivisent en un grand nombre de groupes naturels, suivant les causes, la marche, les caractères morphologiques concomitants;

V. Hémorrhagies cutanées. Maladies de la peau consistant dans une hémorrhagie;

VI. Hypertrophies. Cette classe renferme les dermatonoses qui présentent anatomiquement une hyperplasie de quelques-uns ou de la totalité des tissus de la peau;

VII. Atrophies;

VIII. Néoplasies bénignes;

IX. Néoplasies malignes ;

Relativement à quelques-unes des dermatonoses qui rentrent dans ces deux dernières classes, la découverte de micro-organismes faite dans ces dernières années a provoqué de nouvelles appréciations sur leur cause et leur signification pathologique. Leur développement ultérieur appuyé sur des faits nouveaux et nombreux pourrait autoriser avec le temps un nouveau groupement naturel des formes morbides qui appartiennent à ces classes, sans que cependant le contenu total de cette double classe altère son homogénéité clinique, autrement dit systématique;

X. *Ulcérations*, ulcérations gangréneuses ;

XI. *Névroses*, affections de la peau qui, sans altération de texture

apparente de la peau, sont constituées par un trouble des fonctions des nerfs de la peau ;

XII. *Dermatoses parasitaires*, provoquées par des parasites végétaux ou animaux, ainsi que les affections cutanées qui s'y rattachent.

Les classes établies par ce système ne constituent nullement des groupes de maladies nettement séparées les unes des autres au point de vue anatomopathologique. Il est impossible, en effet, d'établir des limites de ce genre quand il s'agit de processus nutritifs. De l'hyperhémie à l'inflammation, de cette dernière à la néoformation, à l'hyperplasie, à la gangrène et à l'atrophie, on peut observer une série de modifications intermédiaires. Mais les processus les plus saillants se distinguent néanmoins par des signes cliniques très nets. La classification basée sur ces signes a donc une importance scientifique et pratique évidente.

Les limites imposées par des caractères anatomopathologiques permettent déjà de séparer les maladies de la peau en groupes naturels. En effet, ces caractères constituent la partie essentielle des manifestations cliniques, comme on a pu le voir par la symptomatologie générale. Mais les relations naturelles qui existent entre ces deux ordres de symptômes sont également corroborées par l'ensemble des caractères relatifs à la marche, à l'étiologie et à diverses circonstances de tout ordre. En se basant sur ces relations naturelles, on peut, dans le cadre de chaque grande classe de maladies cutanées, établir encore de petits groupes naturels.

On n'est pas en droit, quand on prend la clinique pour base, de rayer le groupe des hyperhémies, d'ignorer les processus inflammatoires; on ne saurait, par la même raison, s'abstenir de considérer l'exsudation comme un des signes caractéristiques d'un groupe d'états pathologiques, oublier l'anémie, ou ne pas étudier les ulcérations séparément. J'admets volontiers qu'on peut établir une série de groupes isolés plus conformes à nos connaissances cliniques et anatomiques actuelles. Vous rencontrerez donc un nombre déterminé de modifications dans notre système, modifications qui iront sans doute en augmentant dans la suite. Quant à changer les principes de la classification d'Hebra, il ne faut pas y songer avant d'avoir transformé de fond en comble la pathologie générale (1).

---

(1) Cette dernière remarque donne, implicitement, ce que l'on pourrait appeler la morale des discussions relatives aux classifications des maladies de la peau. Toute prétention qui vise un système complet et définitif de classification des maladies de la peau est vaine ; pour classer véritablement des maladies, il faudrait les connaître dans leurs

Nous pouvons aborder maintenant l'étude de la pathologie spéciale des maladies cutanées.

---

qualités essentielles et certaines ; or, telle n'est pas la situation des choses; les tentatives de Auspitz, de Schwimmer, etc., sont, pour le moins, prématurées, et la révolution qui s'opère, à ce moment même, dans l'histologie pathologique à l'occasion de la science nouvelle des microbes, montre bien sur quelle base fragile reposent toutes les systématisations. Hier, rien ne semblait plus solide que de classer les maladies d'après leurs caractères anatomomicroscopiques ; mais voilà que les lésions elles-mêmes passent au second plan et que l'on poursuit la recherche de l'agent spécifique microbiologique, qui est lui-même infiniment plus élevé hiérarchiquement et plus important que la lésion qui lui est subordonnée. Quel progrès, mais aussi quel bouleversement dans l'histoire de la lèpre et de la tuberculose par exemple, depuis les découvertes de leur microorganisme ! Il faut donc ne considérer les classifications en dermatologie que comme des formules d'ordre et de catégorisation nécessaires pour l'étude et pour l'enseignement, mais ne leur accorder que la valeur relative et temporaire que comporte l'état actuel d'une science incessamment en révolution, et ne pas s'attarder, dans un système de dermatologie élémentaire et pratique, à des dissertations dont l'intérêt est purement philosophique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

PATHOLOGIE SPÉCIALE

PREMIÈRE CLASSE

HYPERHÉMIES CUTANÉES

MALADIES DE LA PEAU PRODUITES PAR UNE ACCUMULATION DU SANG DANS LES COUCHES SUPERFICIELLES DU TÉGUMENT.

SEPTIÈME LEÇON

Hyperhémies de la peau, active et passive, hyperhémies idiopathique et symptomatique, roséole, érythème, anémie de la peau.

Sous le nom d'hyperhémies cutanées, nous comprenons des formes de maladies qui, bien que présentant de nombreuses différences sous le rapport clinique, c'est-à-dire sous le rapport de l'aspect, de la marche et de l'importance, se distinguent cependant par ce caractère anatomique commun que le fond des symptômes qu'elles présentent est uniquement une accumulation exagérée du sang dans les couches les plus superficielles du chorion et avant tout dans le réseau papillaire. D'une part, cela veut dire qu'il s'agit seulement ici d'une injection des vaisseaux les plus fins, des capillaires, des artères et des veines les plus ténues; et, de l'autre, cela signifie que, dans les cas où, par suite d'uue telle hyperhémie, il se sera produit des altérations plus appréciables dans les tissus, le processus morbide ne pourra plus être rangé dans la catégorie dont nous nous occupons en ce moment.

Nous savons par la pathologie générale que l'hyperhémie est le premier échelon de la plupart des troubles de nutrition, spécialement de l'inflammation, de la suppuration, de l'hyperplasie et de la formation de tissus nouveaux; dans tous ces cas, on ne peut, ni au point de vue clinique, ni à l'aide du microscope, tracer une limite bien nette entre l'hyperhémie et les autres processus que nous avons énumérés,

une transformation progressive entre la première et ces derniers répondant, au contraire, à la vérité des faits.

Il pourrait sembler alors que l'établissement systématique d'un groupe de maladies caractérisées par une hyperhémie simple n'est pas justifié; mais vous aurez l'occasion de vous convaincre au lit du malade que cette catégorisation est nécessaire. A la vérité, on trouve, même dans cette classe de maladies, des cas dans lesquels les accidents ne se limitent pas à l'état hyperhémique et peuvent atteindre les degrés les plus élevés du trouble nutritif; il n'en est pas moins certain que ces accidents s'arrêtent assez souvent à la première période, et par cela même ils doivent être rangés dans une catégorie particulière, En outre, nous aurons à envisager ici divers autres processus morbides qui ne s'élèvent pas typiquement au-dessus du degré de l'hyperhémie; alors, par exemple, que l'état hyperhémique s'est prolongé par suite d'une augmentation de l'afflux nutritif et sous l'influence de certaines conditions locales qui favorisent l'hyperhémie, telles qu'une altération des parois vasculaires laissant transsuder la matière colorante et le plasma du sang, etc., il peut aisément s'établir une altération palpable des tissus. Cela ne permet pas d'oublier que, dans la délimitation des groupes de symptômes, nous devons nous attacher à tracer des images moyennes et à ne pas constituer des cadres trop absolument tranchés (1).

Les hyperhémies cutanées se traduisent par les symptômes suivants : ce sont des taches tantôt d'un rose pâle, tantôt d'un rouge vif de sang, allant parfois jusqu'au violet foncé, cyanotiques, s'effaçant sous la pression du doigt, d'une teinte uniforme, marbrées, ou traversées par des ramifications vasculaires distinctes, ne dépassant pas le niveau de la peau, ou légèrement saillantes comme l'urticaire. Ces taches présentent des dimensions qui varient depuis celles d'une lentille jusqu'à la largeur d'un ongle, — taches, roséoles; — ou elles ont une plus grande étendue; elles sont de forme diffuse, — érythème congestif, — rougeur

(1) En fait, nulle difficulté : L'échelle des processus hyperhémiques est assez étendue pour comprendre tous les faits cliniques que l'on rapporte à ce type; indépendamment de la stase proprement dite, elle comporte sans dérogation la sortie des leucocytes et des hématies, l'effusion du plasma, l'œdème simple, l'inflammation vraie ne se constituant que par l'adjonction d'éléments tout à fait distincts, l'issue de la sérosité coagulable, et la prolifération active des cellules du tissu connectif. S'il arrive que les phénomènes hyperhémiques soient excessifs, dépassent secondairement, ou partiellement, les limites du type conventionnel, cela reste l'accident, l'exception, l'accessoire, et il n'en est rien changé ni à la généralité ni à la valeur fondamentale des choses ou des mots. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

fluxionnaire, — irrégulière, ou bien elles affectent une configuration uniforme. Sur les points qu'elles occupent, la température est normale, ou élevée, tantôt modérément, tantôt considérablement, ou, au contraire, au-dessous de la normale. Au toucher, la peau est lisse, souple, comme la peau normale, ou bien elle est légèrement indurée.

Au niveau des surfaces hyperhémiées, le malade perçoit quelquefois une sensation modérée de brûlure ou de démangeaison, ou d'autres troubles de sensibilité, qui peuvent aussi faire complètement défaut. Quant à la marche des lésions, elle est aiguë, cyclique même, souvent de très courte durée (érythème passager, fugace) ou persistante, et quelquefois chronique.

Les hyperhémies cutanées sont constituées par une injection sanguine exagérée des plus petits vaisseaux de la couche papillaire, ou aussi des couches supérieures du chorion, quelquefois spécialement des réseaux vasculaires qui enveloppent les conduits excréteurs des follicules. Dans les cas où la marche de ces hyperhémies est limitée, elles disparaissent sans laisser de traces, ou souvent sont suivies d'une pigmentation de courte durée plus forte qu'à l'état normal ou d'une légère desquamation de l'épiderme. Quelquefois, elles entraînent après elles une augmentation de la sécrétion des glandes sébacées et sudoripares. Quand elles ont une durée plus longue ou définitive, les hyperhémies amènent l'œdème de la peau (1); comme certaines hyperhémies à marche aiguë, elles peuvent aussi, par l'exagération accidentelle du processus local, occasionner l'inflammation, l'épaississement et la dégénérescence du tissu qu'elles occupent.

Dans l'agonie, et d'une manière générale, après la mort, les vaisseaux de la peau évacuant leur contenu vers les organes internes, il est facile de comprendre que, dans les hyperhémies qui n'ont pas d'autres phénomènes que l'injection vasculaire, les caractères morbides disparaissent avec la vie elle-même.

La pathologie, comme on le sait, distingue l'hyperhémie active ou fluxionnaire et l'hyperhémie passive ou par stase; les phénomènes que chacune d'elles présente dans la peau ont été parfaitement étudiés. Par hyperhémie active on entend une réplétion des vaisseaux capillaires plus forte qu'à l'état normal, active, c'est-à-dire poussée par le pouls cardiaque ou artériel; cette même poussée détermine également un passage plus rapide du sang à travers la région atteinte, produit une rougeur plus vive et amène l'élévation de température dans ces mêmes points. En effet, le sang qui circule plus rapidement a moins de temps

---

(1) L'œdématie peut accompagner l'hyperhémie, dès ses premières phases. E. B. — A. D.

pour les actes chimiques et cède ainsi un peu moins de sa chaleur propre aux tissus qu'il traverse.

On entend, au contraire, par hyperhémie passive une réplétion sanguine également exagérée, il est vrai, mais qui résulte d'un obstacle apporté au retour ou à la diminution de la vitesse de l'écoulement du sang contenu dans les vaisseaux; par ce moyen, la rapidité de la circulation est ralentie, le sang séjourne plus longtemps dans les veines, il perd une plus grande quantité de sa chaleur, et de là proviennent la coloration violacée des tissus et l'abaissement de la température.

D'après ce que nous venons de dire, il est donc rationnel de diviser aussi les affections de la peau produites par l'hyperhémie en deux espèces : 1° Affections résultant d'une hyperhémie active ; 2° Affections provenant d'une hyperhémie passive.

Mais, comme on peut le penser d'après cela, ces deux formes ne présentent de différences que dans leurs principaux signes cliniques ; c'est-à-dire que les hyperhémies actives se manifestent par une rougeur plus vive, liée parfois à une élévation de température, à un léger gonflement, à un sentiment d'irritation, de brûlure, de démangeaison, tandis que les hyperhémies passives se traduisent plutôt par une coloration livide, avec une température peu élevée ou même abaissée, avec sécrétion de sueur fraîche ou froide, et avec des phénomènes de dépression nerveuse tels que sensation d'engourdissement, de fourmillement, ou même avec anesthésie. Quant au rapport à établir entre certaines causes locales ou éloignées, et le genre de l'hyperhémie, la distinction ne peut être établie d'une façon pratique entre les deux formes. A cet égard, je vous renvoie au chapitre où Virchow développe ce sujet dans son *Manuel de pathologie spéciale*, ainsi qu'au *Traité de pathologie générale* de Stricker. Il est démontré dans ces deux ouvrages que l'hyperhémie fluxionnaire et l'hyperhémie par stase peuvent parfois être produites par des causes de même ordre que celles qui président aux hyperhémies par relâchement, ou paralytiques, ou hyperhémies *ex vacuo*, ou fluxions par aspiration, dans lesquelles le calibre des vaisseaux est élargi par suite de la paralysie de leurs parois. On y verra encore que les congestions active et passive paraissent quelquefois donner réciproquement naissance l'une à l'autre, et sont parfois combinées l'une avec l'autre, — comme dans l'hyperhémie collatérale dans laquelle il y a, au centre du foyer, une stase prédominante, et à la périphérie un afflux exagéré de sang, ou enfin que l'hyperhémie active, offrant les symptômes d'une accélération de la circulation, se transforme en hyperhémie passive avec les symptômes du ralentissement de la circulation sanguine locale, ce qui a lieu lorsque l'hyperhémie active se prolonge et que,

durant le même temps, l'atonie des parois vasculaires va s'augmentant.

Les hyperhémies actives de la peau sont, au point de vue clinique, désignées sous le nom d'érythèmes congestifs, et divisées en idiopathiques et en symptomatiques.

Les hyperhémies actives idiopathiques représentent les dermatoses dans le sens strict ; elles sont le résultat d'irritations, de lésions en général, qui, en frappant directement la peau, déterminent localement une hyperhémie. Suivant la nature différente de cette lésion, nous distinguons :

1° Un *érythème traumatique:* Il survient sous l'influence d'une pression exercée par des pièces de vêtements, corset, jarretières, ceintures, sur des parties de la peau qui, dans la position couchée ou assise, sont soumises à de fortes pressions ; il est encore déterminé par le grattage avec les ongles ou le frottement de la peau. Quand ces diverses causes n'agissent que pendant un temps court, l'érythème est lui-même de peu de durée. Ces irritations sont-elles, au contraire, fréquemment renouvelées ou prolongées, l'érythème se tranforme en lésion inflammatoire, ou l'hyperhémie active devient une hyperhémie passive. Les portions de la peau qui ont été pendant un certain temps le siège d'un érythème traumatique ont déjà, d'une manière générale, de la disposition à s'enflammer, par suite du relâchement des vaisseaux que ces circonstances ont produit; aussi deviennent-elles à l'occasion d'une variole, de la gale, etc., beaucoup plus sérieusement atteintes que d'autres régions. C'est ainsi que l'on voit, chez les cordonniers affectés de la gale, de gros noyaux inflammatoires se produire au niveau des tubérosités ischiatiques, les pustules de la variole survenir en plus grande quantité chez les femmes sur les points de la peau habituellement comprimés par les jarretières, ou par les ceintures, et spécialement à la taille ;

2° *Érythème calorique :* Il est constitué par des rougeurs en général diffuses, d'abord d'un rouge vif, plus tard d'un brun livide, qui se développent sous l'influence de la chaleur du soleil (1) ou d'un courant d'air chaud ou froid, etc., qui entraînent après elles une pigmentation

---

(1) Dans l'interprétation physiologique de l'érythème produit par le soleil, il faut tenir compte, non seulement de l'action de la chaleur, mais encore de celle des rayons chimiques. M. Charcot (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, année 1858) a fait connaître les effets de la lumière électrique sur le tégument externe, sous la forme d'un érythème ayant absolument les apparences du *coup de soleil* et a fait remarquer que, dans la production de ce dernier, les rayons chimiques paraissent être les agents essentiels. E. B. — A. D.

plus foncée et une desquamation de l'épiderme. Des bains trop chauds ou trop froids déterminent des érythèmes éphémères d'un rouge plus ou moins vif;

3° *Érythème produit par des substances âcres* (*erythema venenatum*) : C'est une rougeur de la peau déterminée par des substances chimiquement irritantes, comme la farine de moutarde, le raifort, l'huile de moutarde, les cantharides, une foule de sucs végétaux, des huiles éthérées, l'exhalation même de certaines plantes (rhue), des poils de plantes ou de chenilles, comme la chenille processionnaire, ou diverses matières colorantes. Presque toutes les substances que nous venons d'énumérer, lorsqu'elles agissent un peu plus longtemps, produisent non plus de l'érythème, mais de l'inflammation.

Voici comment, suivant nous, doit se comprendre la production de ces divers érythèmes idiopathiques : l'irritation mécanique, calorique ou chimiquement vénéneuse qui agit directement sur les capillaires et sur les vaisseaux les plus fins, a pour premier effet de déterminer une attraction du courant sanguin et une fluxion considérable, avec une injection plus rouge, chaude au toucher — hyperhémie active — puis une paralysie des nerfs vasculaires, spécialement des nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux atteints par ces agents ; le résultat de cette paralysie est une dilatation et une réplétion exagérée de ces vaisseaux avec injection rouge bleu, fraîche au toucher — hyperhémie passive. Mais de ces érythèmes, les uns prennent naissance au lieu et place de l'irritation directe, les autres par voie réflexe, comme dans le grattage (1) ; l'irritation mécanique est transmise à l'organe central. Les centres des nerfs vasculaires se trouvent dans la moelle allongée et dans toute la longueur de la moelle épinière, d'où ils se rendent à la peau, les uns directement, les autres indirectement en passant à travers le grand sympathique, avec les nerfs spinaux (Goltz, Vulpian, Stricker, etc.). A ce sujet, je vous renvoie à ce que je vous ai exposé dans la *deuxième leçon* relativement à l'innervation des vaisseaux sanguins de la peau et à l'influence de ces nerfs sur le calibre des vaisseaux et sur la circulation sanguine locale. Ainsi s'explique comment, à la suite d'une irritation exercée sur un point de la peau, l'influence de cette irritation se manifeste aussi sur des points éloignés du tégument qui n'ont pas été

---

(1) L'hyperhémie propre, locale, succédant immédiatement au grattage, peut se produire sans l'intervention des centres; le rôle des réflexes vasculaires LOCAUX est établi depuis longtemps. — Voy. Marey, *Phys. méd. de la circulation du sang*. Paris, 1863, p. 314, 315, 316 — et la *Circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*. Paris, 1881, p. 377, 378. E. B. — A. D.

intéressés directement, et cela d'une manière analogue, par la dilatation des vaisseaux et par une hyperhémie.

Les hyperhémies actives symptomatiques, ou érythèmes symptomatiques sont les symptômes concomitants ou consécutifs d'états pathologiques généraux d'une autre nature, fébriles ou apyrétiques, de l'organisme général ou de certains systèmes, particulièrement du système nerveux central. On doit aussi les considérer comme étant principalement des hyperhémies produites directement ou par voie réflexe par le système nerveux central ; je vous citerai, comme la forme la plus connue, la rougeur provenant de la colère, d'une contrariété ou d'une excitation morale.

Une perception sensorielle (ou même l'idée de cette perception des sens) — le spectacle d'une chose choquante, une parole blessante que l'on entend, — est transmise au centre sensoriel; de là l'excitation se propage sur les centres vasculaires, puis sur les terminaisons périphériques des nerfs vasculaires. L'effet de cette excitation se traduit par un érythème de pudeur, de colère. L'érythème produit par un travail psychique est donc aussi souvent un érythème réflexe.

Chez les enfants au sein et chez ceux qui sont encore d'un âge tendre, on voit souvent apparaître des érythèmes qui sont le résultat réflexe de l'excitation nerveuse centrale, et le symptôme de la maladie qui a déterminé cette excitation, comme, par exemple, pendant la dentition, à la suite d'accidents gastriques. Ces érythèmes sont ou bien diffus, — érythème infantile, — ou bien disséminés sur tout le corps sous forme de taches variant de la grandeur d'une lentille à celle de l'ongle, — roséole infantile.

L'altération du sang produite par le virus variolique, par la vaccine, le virus typhique et le contage cholérique, se réfléchit souvent sur la peau par la voie de l'irritation que ces divers agents exercent sur les centres vasculaires et apparaît sous forme d'érythème, et c'est une erreur de le considérer comme l'effet d'une irritation provoquée par le dépôt du poison spécifique dans la peau, comme par exemple les pustules de la variole et de l'identifier à ces dernières (1). Dans la période

(1) Les éruptions proprement dites des maladies infectieuses sont les unes constantes, spécifiques, les autres accidentelles, sans limites dans la variété; les unes et les autres peuvent dépendre de localisations particulières de l'élément pathogène dans la peau; les premières en dépendent directement et toujours; les secondes peuvent avoir diverses origines indirectes ou directes, toxidermiques (ou septiques), réflexes, cardiaques, etc. — Voy. sur cette question, et pour la bibliographie — L. Queyrat et A. Broca, note sur l'érythème du choléra, *Revue de médecine,* Paris, 1887, p. 626. E. B. — A. D.

prodromique de la variole, cet érythème se montre sous forme de roséole variolique ou érythème varioleux, le plus souvent localisé sur le dos des mains ou dans l'aine ; nous l'étudierons en détail quand nous nous occuperons de la variole. La roséole cholérique survient dans la période asthénique ou dans la convalescence du choléra, sous forme de taches larges comme le pouce, ou encore diffuses, généralement livides. La roséole vaccinale se montre parfois à la suite de l'inoculation de la lymphe humanisée ou originelle. Quant à la roséole typhique, elle est non moins connue. De plus, il y a encore différentes autres causes résidant dans l'organisme, des états de la masse du sang ou de divers systèmes qui se traduisent soit comme symptôme direct, soit comme résultat réflexe, par un érythème de la peau ; c'est à cette catégorie que se rattachent les diverses affections signalées par certains auteurs sous les noms de roséole fébrile, rhumatismale, feu de dents, nirlus, strophulus volaticus, rash, rosalia, Wiebeln, Ritteln, Feuermasern, etc.

Je vous ferai observer que toutes ces formes de la roséole sont peu importantes en tant qu'affections de la peau, car elles n'incommodent nullement les malades et, d'un autre côté, jamais elles ne laissent de traces locales de leur passage ; et que de plus elles n'ont pas la plus petite valeur au point de vue du pronostic, relativement à la marche des maladies dans le cours desquelles ce symptôme se montre. Leur connaissance toutefois n'est pas seulement intéressante sous le rapport pathologique, mais elle a aussi une importance pratique réelle, en ce qu'elle nous permet de calmer les malades et leurs parents sur le peu de gravité de cette affection, et qu'elle sert au médecin pour ne pas la confondre avec la rougeole, la scarlatine, la syphilis et d'autres dermatoses analogues, beaucoup plus graves.

Le diagnostic de ces roséoles que l'on observe dans des processus si différents n'est pas toujours facile, c'est-à-dire en tant que roséoles ; relativement à leur signification anatomique et à leur évolution, les taches circonscrites que je viens de décrire sont absolument typiques. Mais pour apprécier exactement leur valeur spéciale, c'est-à-dire leur autonomie ou leur rapport avec d'autres taches et pour savoir à quels autres processus morbides elles appartiennent, il faut connaître exactement ces derniers et tout leur complexus symptomatique (1). Par con-

(1) Cela revient à dire que la « *roséole* », simple *forme* du *genre érythème*, ne peut, à aucun titre, devenir elle-même un genre morbide ayant des espèces, des formes des variétés, et comportant une classification ; loin d'en multiplier les acceptions, comme on le fait, il serait plus logique de les restreindre. Le terme d'érythème, suivi des qualificatifs appropriés est suffisant, et il convient mieux par son élasticité

séquent nous ferons ressortir les caractères diagnostiques particuliers de la roséole, beaucoup mieux en parlant des relations qui existent entre elles et les processus dont elles dépendent.

Il est superflu de faire un traitement quelconque de l'érythème; quelquefois, pour calmer la sensation de brûlure et de prurit, on peut faire usage d'applications réfrigérantes : eau froide, lavages avec de l'alcool simple ou additionné d'acide phénique (50 cent. sur 100 gr.) ou d'acide salicylique, etc.

L'hyperhémie passive se présente sous l'aspect d'une rougeur plus foncée, bleuâtre et même bleu noir, quelquefois d'une injection gris de plomb, qui disparaît sous la pression du doigt; au niveau de ces régions, la peau est normale ou œdémateuse, et présente une température normale ou abaissée.

Le phénomène essentiel de l'hyperhémie passive est toujours un ralentissement de la circulation sanguine locale, qui est elle-même le résultat d'une disproportion entre la force d'impulsion et les résistances (Virchow); mais les circonstances qui donnent naissance à cette disproportion sont extrêmement variables. La force d'impulsion du cœur lui-même ou des artères atteintes de transformation athéromateuse peut être trop faible d'une façon absolue ou relativement affaiblie, parce que la résistance du frottement s'est exagérée dans les parois vasculaires. Ce qui permet au ralentissement local de la circulation de se produire, c'est que le calibre des petits vaisseaux s'est élargi, et ce dernier phénomène provient, tantôt de ce qu'un obstacle mécanique à la circulation amène une stase du sang, tantôt de ce que les parois des vaisseaux sont devenues moins résistantes et plus extensibles parce

---

plus grande à la désignation d'éruptions dont le caractère roséolique est loin d'être constant, et qui sont, au contraire, essentiellement multiformes. Ne vaut-il pas mieux, par exemple, dire *érythème cholérique* que roséole cholérique, cette prétendue roséole étant souvent cyanique, saillante, papuleuse, mamelonnée; — érythème lenticulaire ou *taches rosées lenticulaires*, que roséole typhoïde; — et érythème papuleux desquamatif, ou *pityriasis rosé* de Gibert que roséole squameuse, cette dernière affection n'étant pas une roséole, mais un érythème de nature encore indéterminée, peut-être parasitaire, et à laquelle, dans cette période d'attente, il est superflu de donner une dénomination nouvelle.

A notre sens, la dénomination de roséoles ne doit être conservée qu'aux variétés d'érythème auxquelles elle se trouve liée par l'usage ancien : Er. spécifiques (R. vaccinale — syphilitique, lépreuse, etc.), — Er. toxémiques, (R. toxiques, médicamenteuses, septiques, — dyscrasiques, etc.); — Er. réflexes (R. émotive, etc.).

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

que leurs tissus sont matériellement altérés, ou bien parce que les nerfs qui les animent sont paralysés, ou enfin par le fait de l'attraction résultant de l'action du vide. Dans certains cas même, toutes ces circonstances peuvent se trouver localement combinées de diverses façons.

D'autre part, l'hyperhémie passive peut frapper tantôt les artères terminales et les vaisseaux capillaires en premier lieu, tantôt les radicules veineuses les plus fines, et alors elle présente, dès le début, plutôt le caractère des injections artérielles ou, au contraire, des injections veineuses.

Nous sommes donc parfaitement autorisés, sous le rapport clinique, à classer les hyperhémies passives d'après les circonstances que nous venons d'indiquer comme capables de leur donner naissance. Les hyperhémies passives surviennent parfois à la suite des causes qui, comme les traumatismes ou les irritations chimiques ou caloriques qui frappent localement la peau, ont pour effet immédiat une hyperhémie active; mais l'action de ces mêmes causes se prolongeant, la couleur rouge vif se transforme en violet foncé (*livedo traumatica, a venenatis, calorica*). J'ai déjà exposé précédemment que cet état indique un degré plus élevé de l'hyperhémie par relâchement, résultat d'une atonie plus complète des vaisseaux les plus fins; nous le voyons se produire par l'action des irritations de la peau, que nous avons signalées plus haut, mais spécialement par le fait de la pression prolongée de corps durs sur lesquels on s'appuie, comme quand on est assis ou courbé, d'une ceinture, d'un vêtement ou d'un bandage étroitement appliqué.

A cette catégorie se rattachent d'abord les hyperhémies passives, résultant d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse, les hyperhémies dites hyperhémies par stase. Plus cet obstacle est situé à la périphérie, plus aussi est circonscrite la région vasculaire soumise à l'ectasie et à la réplétion sanguine. On donne à la rougeur des hyperhémies de cette catégorie le nom de lividité, par opposition au mot *cyanose*, à la cyanose générale dont la cause est dans le cœur ou dans les gros vaisseaux qui avoisinent cet organe.

La forme aiguë de l'hyperhémie par stase idiopathique, la congestion mécanique (*livedo mechanica*), est représentée de la façon la plus claire dans les phénomènes que détermine l'application de la bande à saignée autour du bras. Auspitz a étudié expérimentalement ces phénomènes aussi bien sur la peau, saine d'ailleurs, que sur des points qui étaient en même temps le siège d'un exanthème, d'un érythème, d'une urticaire, d'une scarlatine, d'une variole, d'une variole hémorrhagique, d'un eczéma, d'un érysipèle. En dehors des remarques instructives qu'il a faites dans ces expériences, remarques qui sont relatives à la distribu-

tion des gros vaisseaux et qui ont donné naissance à la discussion de questions de pathologie générale, Auspitz a appelé l'attention sur la production de taches bleues de nuances diverses, ainsi que sur l'apparition déjà signalée par Hebra de taches rouge cinabre, qui ne disparaissent pas immédiatement après la suppression de la ligature et qui laissent après elles une pigmentation brune; il a mentionné aussi la formation de zones pâles autour des taches cyaniotiques et de celles qui sont de couleur rouge cinabre. L'explication que donne Auspitz de l'apparition des taches rouge cinabre me paraît assez plausible; d'après cet auteur, elles résulteraient du mélange de la matière colorante du sang qui est sortie à travers la paroi vasculaire, avec le sérum du sang qui a transsudé dans les tissus (œdème). Quant aux taches pâles, d'après le résultat des observations histologiques faites sur des tissus en état de stase sanguine expérimentale (embolies, ligature), elles résulteraient de ce que certaines portions de vaisseaux seraient complètement supprimées de la circulation ou ne recevraient qu'une sérosité incolore, d'où leur aspect pâle, tandis que d'autres seraient encombrées d'hématies immobilisées. En se prolongeant, la stase peut aussi amener une hémorrhagie, c'est-à-dire le passage de globules rouges dans les tissus, soit par déchirure des plus petits vaisseaux, soit par transsudation. Stricker a même démontré que, dans la stase du sang, des hématies peuvent passer à travers la paroi des vaisseaux capillaires et former de petites masses reconnaissables à l'aide du microscope.

Quand la *livedo mechanica* s'établit d'une façon aiguë ou bien quand elle s'exagère, les malades éprouvent la sensation de fourmillement, d'engourdissement, de paralysie. Quand l'affection a une durée plus longue et qu'elle n'augmente pas d'intensité, la sensibilité de la peau reste normale; la température, cependant, est généralement abaissée. Comme conséquences ultérieures, on peut voir survenir de l'œdème, de l'inflammation, un épanchement de sang (ecchymose), une destruction des tissus (nécrobiose) et la gangrène (gangrène par compression) sur une étendue plus ou moins grande.

Bien qu'elle se renouvelle fréquemment, cette espèce d'hyperhémie par stase, qui est produite par des bandages, des ceintures, des jarretières ou des corsets trop étroits, est, cependant, le plus souvent passagère. Elle dure un peu plus longtemps quand elle se produit sur des points de la peau qui sont soumis à une pression fréquente et longue, comme au siège, sur les tubérosités ischiatiques, sur la région sacrée (decubitus), chez des personnes qui restent longtemps assises ou couchées dans la même position. Dans ce cas, il est vrai, l'hyperhémie est déterminée concurremment par l'obstacle que la pression mécanique apporte

à la circulation, et par la paralysie des parois vasculaires, et aussi par le propre poids du sang qui s'accumule davantage dans les parties déclives.

La *livedo mechanica* se montre souvent à l'état chronique aux membres inférieurs par suite de la pression exercée sur les veines par des tumeurs, des exostoses et se termine par gangrène sur les personnes dans le marasme (gangrène marasmatique).

De même l'hyperhémie collatérale résultant de l'obstruction d'un tronc vasculaire important, par une embolie ou une thrombose, après avoir été primitivement fluxionnaire et active, devient ensuite une hyperhémie passive ou par stase, et cela d'autant plus que l'état local des parties permet moins une disparition rapide de l'obstacle qui gêne la circulation.

Plus l'obstacle apporté à la circulation est rapproché du cœur, si même il ne siège dans cet organe, plus aussi l'hyperhémie passive est générale; elle porte alors le nom de cyanose, *morbus cœruleus*. Elle apparaît dans les cas très développés, aigus ou chroniques, d'emphysème, de tumeurs du médiastin, et de toutes les affections organiques du cœur qui amènent une stase du sang veineux.

Beaucoup d'états dans lesquels la peau est bleuâtre sur une portion limitée, ou, au contraire, étendue, dépendent d'une hyperhémie par relâchement ou paralysie, et sont, par conséquent, le résultat d'un relâchement primitif des parois vasculaires et de l'extension du calibre des vaisseaux. Telle est d'abord l'hyperhémie dite *ex vacuo*, ou celle qui survient par suite d'une diminution de résistance, d'appui des parois vasculaires. A cette forme appartient également l'hyperhémie que détermine l'application des ventouses sèches; cette opération produit un espace dans lequel l'air est raréfié, et où le sang est chassé avec une grande véhémence d'après les lois hydrodynamiques : on pourrait dire qu'il y est aspiré.

De même les vaisseaux dont les parois ont été tiraillées, déformées par le fait de la rétraction cicatricielle, ou relâchées comme dans les états de marasme, de nutrition générale défectueuse, de la même façon, dis-je, ces vaisseaux s'étendent, se dilatent et deviennent le siège d'une réplétion sanguine passive. Les lois de la pesanteur se font sentir ici en ce sens que la colonne de sang veineux, là où elle a à vaincre son propre poids pour accomplir son trajet en retour, coule plus lentement, devient stagnante et distend les vaisseaux d'autant plus facilement que leurs parois étaient déjà relâchées, soit par les causes que nous venons d'énumérer, soit par celles que nous aurons encore à exposer. Cela se rapporte surtout aux membres inférieurs, chez les personnes qui sont obligées de se tenir longtemps dans la station verticale ou d'avoir les

jambes pendantes, et chez qui les dilatations veineuses et la *livedo*, avec leurs symptômes concomitants et ultérieurs, se forment d'autant plus facilement que, dans ces membres, les autres tissus sont aussi moins résistants.

D'autres causes de l'hyperhémie passive par relâchement sont celles qui résident dans des altérations de tissu des parois vasculaires, comme celles qui amènent ou qui compliquent les varicosités veineuses des membres inférieurs.

Cette hyperhémie, enfin, étendue ou limitée à certaines régions vasculaires, peut dépendre de l'affaiblissement ou de la paralysie des vaso-constricteurs, livedo neuroparalytique, de même que les hyperhémies passives produites par des irritations de la peau et par l'application de substances âcres, vénéneuses et qui succèdent habituellement à la congestion active déterminée par ces mêmes causes. Il en est de même aussi de la *livedo calorica* qui, à la suite d'un refroidissement brusque de la peau, se présente sous forme de marbrures violettes ou sous forme d'injections diffuses, violet foncé, mélangées de taches couleur rouge cinabre, survenant à l'extrémité du nez, sur les doigts, sur les orteils, des personnes qui se tiennent longtemps exposées au froid, à l'air libre ou dans des espaces clos.

Des cas intéressants, et sur lesquels les auteurs ont beaucoup et diversement écrit, sont ceux où il se produit, dans les régions où se distribuent des troncs nerveux comprimés, irrités ou atrophiés par des cicatrices, consécutivement au fonctionnement insuffisant des centres vasomoteurs ou de quelques parties du système lymphatique (angionévroses), il se produit, disons-nous, des hyperhémies chroniques, les unes de coloration rouge vif, les autres cyanosées,— asphyxie locale ; elles sont accompagnées d'un abaissement, quelquefois d'une élévation de température, avec sensation d'engourdissement et de fourmillement, ou, au contraire, de chaleur brûlante et de douleur, avec sécheresse surprenante ou une sécrétion de sueur froide. En d'autres circonstances, l'influence névro-paralytique provient du système nerveux central, du siège central de l'innervation des vaisseaux, comme dans les hyperhémies qui s'établissent sur les parties les plus excentriques du corps et ensuite le plus souvent d'une manière symétrique sur les deux mains et les deux pieds, les oreilles ou l'extrémité du nez chez des personnes atteintes de maladies du cerveau et de la moelle ou chez des sujets anémiques, chez lesquels les paresthésies et les troubles fonctionnels se manifestent sous les aspects les plus variés, comme forme et comme intensité, ou avec les caractères qui ont été décrits dans ces derniers temps sous le nom de myxœdème.

On voit aussi apparaître limitée à un bras, cette asphyxie nerveuse

avec laquelle existent d'ordinaire en même temps de la tuméfaction et de la sensibilité du sympathique cervical correspondant, que l'on peut par suite considérer comme la cause directe de ce trouble vasomoteur.

D'après l'exposé qui précède, il est évident que la cause prochaine de l'hyperhémie passive réside toujours dans un ralentissement de la circulation veineuse correspondant à une dilatation des vaisseaux les plus fins et aussi de branches veineuses plus grosses, et que les causes éloignées sont tantôt locales et périphériques, tantôt générales et centrales, placées dans le système vasculaire, ou en dehors de celui-ci, dans des influences mécaniques ou névrotiques.

Par conséquent aussi, la marche de la *livedo* et de la cyanose est tantôt courte, tantôt chronique ou persistante. Dans ce dernier cas, on ne tarde pas à voir survenir des symptômes consécutifs et des complications plus ou moins graves, œdème, et consécutivement formation de tissu muqueux et conjonctif (myxœdème, pachydermie), inflammation, faiblesse musculaire, gangrène (gangrène symétrique, Raynaud), etc.... tandis que, dans d'autres cas, ces états déterminent des formes particulières d'atrophie de la peau et des tissus sous-jacents des ongles, des doigts et des mains, — trophonévroses que nous étudierons encore plus complètement.

Dans l'hyperhémie passive, il ne peut être question d'un traitement, à moins que ce ne soit pour lutter, quand on le peut, contre quelques symptômes isolés ou que l'on pense réussir à supprimer les causes prochaines ou éloignées de la maladie.

En général, on appliquera avec succès des bandages contentifs appropriés contre les hyperhémies passives de quelques régions. Dans les hyperhémies très douloureuses que l'on peut rapporter à un trouble périphérique d'innervation (cicatrices nerveuses), nous avons vu l'affection disparaître à la suite d'injections sous-cutanées de morphine et des bains chauds, par exemple ceux de Baden, près Vienne. Dans les cas où il y a excitation des centres vasomoteurs, avec parésie du sympathique, il faut recommander les ferrugineux, la quinine, l'ergotine, l'hydrothérapie et l'électrisation du sympathique.

DEUXIÈME CLASSE

ANÉMIES CUTANÉES

PHÉNOMÈNES MORBIDES DE LA PEAU ENGENDRÉS PAR UNE DIMINUTION DU CONTENU SANGUIN DE SES VAISSEAUX LES PLUS FINS.

Après les hyperhémies, nous passerons immédiatement aux anémies de la peau.

Le mot anémie de la peau signifie qu'il y a un défaut de quantité du sang dans les vaisseaux les plus fins de cet organe, ou encore que, la quantité restant suffisante, la proportion des globules rouges est insuffisante, sans ou avec augmentation simultanée des globules blancs. Dans le premier cas, il y a oligémie proprement dite, anémie ou ischémie (Virchow); dans le second, les états connus sous les noms de pseudo-leucémie, ou leucocythémie.

La peau anémique, vide de sang dans l'acception vulgaire du mot, est pâle, blanche comme de l'albâtre, couleur de cire, d'une pâleur cadavérique, d'un blanc sale, blanche avec une nuance jaunâtre. Ces diverses colorations apparaissent suivant que l'anémie est survenue brusquement ou progressivement, qu'elle est passagère ou persistante, qu'elle est liée ou non à une altération qualitative du sang et de la nutrition générale, ou qu'elle siège sur une région de la peau tuméfiée ou affaissée. Sur la peau des nègres, ainsi que dans les parties de la peau normalement très pigmentées et de couleur foncée, ce n'est pas de la pâleur qui caractérise l'état d'anémie, mais, au contraire, une exagération de la coloration; on trouve la raison de ce fait dans l'affaissement des tissus anémiés qui rattache, encore plus qu'à l'état normal, les unes aux autres, les cellules à pigment.

A la pâleur anémique de la peau se lie aussi localement une diminution de la température de cet organe, sauf dans certaines formes de l'anémie chronique, où la chaleur de la peau peut, au contraire, être plus élevée qu'à l'état normal.

Parmi les symptômes subjectifs qui accompagnent les anémies de la peau, nous citerons divers troubles de la sensibilité, la sensation d'engourdissement, une anesthésie complète, des sensations de froid, quelquefois, mais rarement, une douleur vive.

A l'exception de la diminution de la turgescence, que nous avons déjà signalée, on n'observe pas, en général, dans les anémies de la peau, de troubles locaux graves de la nutrition; on voit quelquefois survenir de l'œdème, et quand l'anémie se prolonge, des altérations de la sécrétion et de la production de l'épiderme, c'est-à-dire que la peau devient sèche et dure, ou, au contraire, elle sécrète une sueur anormalement froide, et l'épiderme se détache en abondantes petites écailles fines, sèches ou donnant au doigt une sensation grasse (*defurfuratio, pityriasis tabescentium*).

D'autres symptômes actuels ou consécutifs, comme une défectuosité de la nutrition générale, la chute des cheveux, la gangrène ou une terminaison fatale par embolie dans les branches artérielles périphériques, endartérite oblitérante, etc., n'appartiennent pas à l'anémie de la peau en elle-même, mais aux conditions générales de l'organisme, à l'état du sang, du système nerveux central, du cœur, etc., causes éloignées auxquelles on peut rapporter l'origine de l'anémie de la peau.

La cause prochaine de l'anémie cutanée ne peut résider que dans une diminution de l'afflux sanguin dans les plus petits vaisseaux de la peau, ou dans la pauvreté générale du sang en globules rouges, ou même seulement de l'hémoglobine; dans ce dernier cas, la pâleur tégumentaire est certainement générale ; dans le premier, elle peut être tantôt généralisée, tantôt limitée à un point.

C'est ainsi que survient l'anémie générale de la peau dans les cas où la quantité du sang vient à diminuer brusquement à la suite d'hémorrhagies qui se produisent vers l'extérieur (métrorrhagie, opérations chirurgicales) ou sur des organes internes; dans les cas graves, en même temps que l'anémie, le cerveau lui-même étant anémié, on observe les symptômes connus de la syncope, pâleur des lèvres et des muqueuses, pâleur et froid de la peau, photopsie, paralysie des muscles, perte de connaissance, arrêt de la circulation du cœur et de la respiration, enfin accidentellement la mort. De même un brusque déplacement du sang, même quand le sang est en quantité suffisante et normale, peut déterminer localement un état d'anémie, tandis que d'autres points présentent simultanément une hyperhémie avec toutes ses conséquences. C'est à ce mécanisme que je crois pouvoir attribuer les cas de syncope et de mort subite qui ont été observés au moment où l'on enlevait la bande d'Esmarch pour l'hémostase ; les vaisseaux vraisemblablement paralysés par le fait de la compression reçoivent, s'ils n'aspirent rapidement, une grande quantité de sang, et le cerveau devenant alors anémique, on voit survenir la syncope et accidentellement la mort, d'une façon très surprenante, il est vrai, mais que l'on peut cependant expliquer.

L'anémie chronique générale de la peau est la conséquence d'une défectuosité dans la formation du sang sous le rapport de la quantité ou même seulement de la qualité ; on la voit survenir parmi les autres symptômes de la chlorose, de la pseudo-leucémie, de l'anémie pernicieuse, de la scrofulose, de la tuberculose, de maladies prolongées, fébriles et déprimantes, de tumeurs du foie et de la rate, etc.

Avec un sang présentant les conditions normales comme quantité et comme qualité, une anémie générale ou locale de la peau peut encore être déterminée par l'influence nerveuse — anémie neuroparalytique. On doit se représenter qu'ici les artères les plus fines et les capillaires se contractent et opposent un obstacle à l'entrée d'une quantité suffisante de sang, c'est-à-dire à l'injection normale de sang rouge. Nous n'avons pas à parler de la contractilité des artères, car, aujourd'hui, d'après les recherches de Golubew-Tarchanoff et de Stricker, rien n'empêche d'admettre que les capillaires eux-mêmes réagissent sous une irritation directe par contraction et par rétrécissement de leur calibre. Dans certaines circonstances (comme dans la période de frisson d'un accès de fièvre), les fibres musculaires organiques qui se distribuent dans la peau et forment des réseaux sous les papilles peuvent aussi, en se contractant, contribuer pour une part à la constriction des vaisseaux qui entrent dans les papilles et, par conséquent, au développement de la pâleur de la peau.

C'est de cette façon que se produisent les anémies locales de la peau avec les phénomènes de pâleur, d'abaissement de la température et de diminution de la sensibilité dans les cas où, pour obtenir l'anesthésie locale, on applique le froid sur la peau, où l'on fait des insufflations d'éther sulfurique ou de chloroforme, ou dans le cas d'électrisation ; il en est de même sous l'influence des milieux à basse température, de l'air froid, des bains froids et des douches froides. Dans ces différents cas, c'est l'irritation locale qui amène la contraction des vaisseaux pourvus de nerfs et, par suite, l'anémie. Comme nous l'avons déjà signalé dans les hyperhémies, tous ces états entraînent plus tard la dilatation et une accumulation du sang dans les vaisseaux de la peau. Le même effet avec anémie de la peau peut provenir du système nerveux central et se manifester ensuite le plus souvent sous forme de pâleur générale de la peau, comme dans la période de frisson de la fièvre, dans l'irritation psychique occasionnée par la frayeur, la colère, l'anxiété, la jalousie et surtout dans la syncope. Ou bien cette action est produite d'une manière réflexe, provenant par exemple des nerfs cutanés, comme dans les cas de pâleur de la peau et accidentellement de syncope à la suite d'excitations même peu douloureuses de la peau (dans de petites opérations), ou d'une manière réflexe, provenant des

nerfs splanchniques, dans la pâleur qui accompagne les nausées dans l'indigestion, la colique, un coup sur le bas-ventre, etc., ou qui précède le vomissement.

Je voudrais encore parler de l'anémie produite par la compression des vaisseaux cutanés les plus fins; des régions de la peau, comprimées par le fait de la position couchée ou de l'application de bandages serrés, paraissent d'une pâleur anémique et sont atteintes de fourmillement, d'engourdissement ou même d'anesthésie; toutefois, cet état n'est que passager.

La pâleur est durable, au contraire, quand elle est le résultat de la compression des vaisseaux les plus ténus par un œdème persistant des tissus; dans ce cas, la peau est tendue, brillante ; elle a l'aspect de l'albâtre ou de la cire. Nous avons observé, principalement chez des personnes du sexe féminin, chez lesquelles on pouvait admettre une étroitesse congénitale du système vasculaire, une forme particulière d'anémie qui, avec le temps, détermine des troubles sensoriels, fonctionnels et trophiques, en général de caractère atrophique sur les régions les plus périphériques du corps, mains, pieds, oreilles, nez. (L'oblitération de grosses artères par embolie ou par compression par des tumeurs, ou endartérite oblitérante, amène rapidement une hyperhémie collatérale, s'il ne survient pas une momification.)

Suivant qu'elle résulte des diverses causes que nous avons énumérées, l'anémie cutanée sera passagère, ou bien elle durera un temps déterminé, ou enfin elle persistera indéfiniment.

D'après tout ce que nous venons de dire, l'anémie cutanée, en tant qu'affection de la peau, a toujours une importance plutôt symptomatique, en ce que le pronostic et le traitement sont en même temps influencés par les causes qui lui ont donné naissance. Quoi qu'il en soit, on peut encore avoir à s'occuper, dans le traitement de cette affection, des états qu'elle peut entraîner à sa suite et que nous avons signalés plus haut, pityriasis, alopécie, etc.

Il est néanmoins important de fixer le diagnostic de l'anémie de la peau, aussi bien pour compléter l'ensemble du tableau pathologique que présente un individu, qu'en raison de l'influence que l'anémie cutanée exerce sur l'état d'autres dermatonoses et d'autres formations pathologiques concomitantes. C'est-à-dire, par exemple, que si le caractère essentiel de ces maladies consiste dans une rougeur d'injection et de turgescence, ce symptôme caractéristique manquera avec la pâleur de la peau, et l'affection sera plus faiblement caractérisée et plus difficile à diagnostiquer. C'est ainsi que le psoriasis, l'eczéma squameux, les syphilides, etc., sont en réalité, chez les sujets anémiques, moins faciles à reconnaître à cause de la teinte pâle. Précisément

l'apparition soudaine ou subaiguë de l'anémie de la peau fera disparaître immédiatement un caractère essentiel de beaucoup d'affections de la peau, comme dans la mort.

Si insignifiant que soit ce fait, bien qu'il se comprenne de lui-même, il était, cependant, important de le constater et de l'interpréter d'une façon exacte. C'est ainsi que Hebra a lutté avec succès contre le vieux préjugé de la répercussion des éruptions de la peau, en montrant que l'anémie cutanée n'amène pas ce résultat, et que si l'on voit, par exemple, un psoriasis existant depuis longtemps, pâlir et sembler subitement effacé par une violente hémorrhagie, ou dans le cours d'une maladie d'épuisement liée à la pâleur et à l'affaissement, ce n'est qu'un résultat et non une cause. Avec le retour de l'injection normale et de la turgescence du tissu de la peau, l'exanthème redevient reconnaissable, ou se régénère.

Vous ne retomberez donc pas dans les fautes des temps passés, mais vous interpréterez toujours les faits dans le sens que je vous ai indiqué (1).

---

(1) Personne ne conteste l'action des hémorrhagies, ou de toutes les espèces d'anémie, sur l'atténuation momentanée de *certaines* affections cutanées, mais il n'y a aucune opposition entre ce fait et les phénomènes d'ordres divers qui peuvent résulter de la disparition de *certaines* maladies de la peau par les causes les plus variées ; la supposition que les médecins de l'époque actuelle jugent les rapports réciproques des éléments morbides avec les idées du temps passé est toute gratuite.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

TROISIÈME CLASSE

ANOMALIES DE LA SÉCRÉTION DE LA PEAU ET DES GLANDES CUTANÉES

MALADIES DE LA PEAU ENGENDRÉES PAR DES ALTÉRATIONS DES GLANDES DE LA PEAU ET DE LEUR SÉCRÉTION.

HUITIÈME LEÇON

ANOMALIES DE LA PERSPIRATION CUTANÉE ET DE LA SÉCRÉTION DE LA SUEUR

Physiologie de la sécrétion de la sueur ; constitution chimique de la sueur et sécrétion pathologique de la sueur. Altérations quantitatives : hyperidrose généralisée et localisée. Conséquences locales et générales, et complications. Traitement. Anidrose. Anomalies qualitatives de la sécrétion de la sueur. Lésions anatomiques.

Les affections cutanées qui rentrent dans la troisième classe de notre système consistent essentiellement dans des altérations de la sécrétion et des glandes de la peau et se manifestent par des troubles de deux sortes : 1° troubles fonctionnels ; 2° troubles de nutrition.

Les troubles fonctionnels des glandes de la peau impliquent les anomalies de la sécrétion cutanée ; c'est de celles-ci que nous nous occuperons en premier lieu. Mais, comme la sécrétion cutanée exerce une influence essentielle sur l'état de la peau et, en particulier, de l'épiderme, il est facile de comprendre que ses altérations doivent déterminer dans l'état de la peau elle-même des changements qui méritent aussi d'être pris en considération.

Les produits sécrétés par la peau sont au nombre de deux : la sueur, qui est le produit des glandes sudoripares, et la matière grasse, qui est fournie par les glandes sébacées ; jusqu'ici, malgré les tentatives faites par les physiologistes, on n'a pas encore réussi à se les procurer à l'état isolé, de façon à avoir sous les yeux réellement le produit unique et absolument pur des glandes sudoripares ou seulement celui des glandes sébacées. Aussi les travaux antérieurs de Thénard, Anselmino,

Schottin, Séguin, Funke et Favre, etc., sur la composition chimique et morphologique de la sueur et du produit graisseux de la peau, se rapportent toujours à un mélange des deux, dans lequel tantôt l'un, tantôt l'autre est prédominant. Unna a même essayé de démontrer d'une manière très ingénieuse que la sécrétion aqueuse de la sueur provient uniquement du réseau vasculaire des papilles, et que les glandes sudoripares, considérées jusqu'à présent comme des glandes de la sueur, ne sécrètent que de la graisse, l'émulsionnent et qu'elle est évacuée par la voie des canaux lymphatiques papillaires et est ensuite emmagasinée dans les cellules du pannicule graisseux.

Les faits suivants sont contraires à cette hypothèse purement théorique : on n'a jamais vu de matière grasse dans les glandes de la sueur et les pelotons glandulaires sont pourvus d'un réseau vasculaire admirable, semblable à celui des glomérules des reins (Brücke), et auquel on ne peut attribuer qu'une propriété conforme de fonction, celle de l'excrétion des solutions aqueuses.

Cependant on ne peut pas rejeter complètement une sécrétion de matière grasse par les glandes sudoripares; nous l'observons non seulement dans les glandes axillaires qui se rapprochent, comme nous le verrons plus tard, du type des glandes cérumineuses, mais aussi dans les glandes à peloton. Les cellules des glandes de la portion sécrétoire (peloton) de la glande contiennent, d'après Ranvier, des gouttelettes de graisse.

En fait, nous tenons une sécrétion de la peau pour une production des glandes sébacées, quand elle présente d'une manière dominante les caractères graisseux, et nous attribuons aux glandes sudoripares une sécrétion qui se répand sur la peau avec des caractères plutôt aqueux; mais, dans les conditions normales, c'est un mélange des deux produits que l'on trouve sur la peau. Ce mélange, uni à certains produits d'exhalation, gazeux et liquides, qui proviennent du système vasculaire des papilles en traversant l'épiderme, constitue la matière perspiratoire de la peau (1).

---

(1) La lubréfaction graisseuse de la peau a une origine multiple, les cellules épithéliales elles-mêmes, la sueur, la sécrétion sébacée ; aucune d'elles n'est suffisante à elle seule, c'est de leur concours harmonique que résulte l'état *normal* du tégument.

La sueur, après son évaporation, laisse dans la couche cornée de l'épiderme, et à sa surface, une matière grasse qui devient assez appréciable dans certaines hyperidroses spontanées, pour que l'on ait quelque peine à les distinguer des séborrhées ; si elle vient à manquer pendant un temps, même assez court, la sécheresse graisseuse du tégument se produit, et la desquamation normale de l'épiderme

Il peut, cela est indubitable, se présenter des anomalies de la perspiration, aussi bien qualitatives que quantitatives ; mais, tandis qu'il serait difficile de tracer au point de vue symptomatique les limites de l'anomalie quantitative de la perspiration cutanée, l'altération qualitative de cette fonction se traduit par des signes plus distincts qui s'imposent plus particulièrement au sens de l'odorat. Déjà l'opinion vulgaire

---

devient sensible, l'excrétion sébacée étant, à elle seule, insuffisante pour produire le graissage interépithélial, aussi bien que le superficiel. Si l'on ajoute à cela que, dans tous les cas où il faut à la graisse cutanée certaines qualités particulières, au mamelon, aux organes génitaux, à l'anus, dans le conduit auditif externe, ce ne sont pas les glandes sébacées, mais bien les follicules sudoripares qui sont chargés de cet office, on abandonnera les idées traditionnelles sur l'exclusivisme fonctionnel des organes différenciés de la peau, et l'on aura fait un pas vers une notion plus exacte de la réalité des choses.

Sur l'origine *multiple* de la portion *séreuse* de la sécrétion sudorale, la discussion reste ouverte : Unna — Krit. und Histor. ueber die Lehre von der Schweissekretion, *in Schmidt's Jarbüch. der ges. Medic.* Bd. CXCIV, Hft I, 1882, — reprenant l'opinion autrefois soutenue par Milne Edwards, puis par Meinner — *Zeitschr. f. rat. Pathol.*, 1857, p. 284 — et par d'autres, soutient avec des arguments dignes d'attention que le glomérule n'est pas la source unique de la sueur, et qu'elle procède essentiellement d'une transsudation fournie par le corps papillaire, cheminant entre les cellules intercanaliculées de la couche de Malpighi, pour se faire jour dans cette partie du canal excréteur dépourvue de paroi propre qui traverse l'épiderme, et qui devient ainsi un *collecteur*.

Ces données ne sont pas infirmées, comme on a pu le croire, par les belles recherches d'Aubert — *Lyon médical*, 1874 — sur les empreintes sudorales, le pore sudoral étant l'orifice d'un *collecteur*. On ne peut méconnaître l'observation invoquée par Unna — Was wissen wir von Seborrhoë ? (Que savons-nous relativement à la séborrhée ?), *in Monatshefte für prakt. Dermat.* 1887, n° 15, et *Ann. de Dermat.*, 2e série, 1887 — de ce fait que la sécrétion de la paume des mains graisse le papier, bien que, cependant, il n'y ait pas là de follicules sébacés, ce qui avait conduit, il y a déjà longtemps, Rainey — voy. Hébra, 1re édit. *cit.* Unna — à considérer les glomérules palmaires (et plantaires) comme des glandes mixtes stéatipares et sudoripares. Cette constatation a beaucoup plus d'importance, de précision et de valeur pour la démonstration de la thèse de Unna que cette autre, relevée par lui et par nous du fait des *sueurs grasses* de diverses autres régions, telles que le cuir chevelu, etc., car on ne peut, dans la première, invoquer comme on le peut faire pour ces dernières, la simultanéité d'une hyperexcrétion sébacée, à laquelle pourrait être imputé le fait de la sueur grasse considérée comme excrétion mixte, à la fois sudorale et sébacée. Si l'on ajoute à cela le fait omis (croyons-nous) par Unna de la sueur huileuse, *laiteuse* à l'aisselle, des nègres, on aura achevé la démonstration.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

attribue à chaque individu une odeur particulière, qui existe certainement, et qui est facilement appréciable.

Nous savons bien que des animaux doués d'un très fin odorat, les chiens, retrouvent de cette manière la trace de leur maître; mais c'est une chose anormale de voir un individu avoir une perspiration cutanée d'une intensité extraordinaire ou d'une odeur caractéristique, qui remplit son amosphère immédiate, — osmidrose, bromidrose.

Il est impossible de dire exactement à quelles substances est due fondamentalement l'odeur pénétrante ou prononcée de l'exhalation cutanée; il semble que ce soient principalement des acides gras, par conséquent des produits des glandes sébacées; mais nous verrons que le produit de sécrétion des glandes sudoripares y contribue également.

Les régions du corps qui possèdent des glandes sudoripares et des glandes sébacées d'un volume particulièr, comme le creux des aisselles, la peau des parties génitales, surtout chez la femme, sont aussi le siège dominant de l'osmidrose; on distingue celle-ci en osmidrose ou bromidrose locale, par opposition à l'osmidrose générale.

Hebra a démontré autrefois que, dans beaucoup de cas, la sueur fétide n'appartient pas à la perspiration proprement dite, puisque celle-ci, au moment de son apparition, n'a réellement pas une odeur plus choquante que chez la plupart des gens, mais que la mauvaise odeur se développe seulement quand les matières de la perspiration, spécialement la sueur, séjournant un certain temps sur la peau et s'imprégnant dans l'étoffe des vêtements, bas, souliers, linge de corps, se décomposent et donnent naissance à des acides gras de toute sorte (Thin a, dans ces derniers temps, émis l'opinion qu'il s'agissait d'une « bactérie fétide »); cela ne serait pas une bromidrose à proprement parler.

Il ne faut pas davantage rattacher à cette affection l'odeur spéciale que prend l'émanation de la peau quand un individu a pris intérieurement ou inhalé certaines substances alimentaires ou médicamenteuses, ou surtout quand il a respiré pendant un temps assez long un air imprégné de substances odorantes qui, ensuite, sont reportées à l'extérieur par les glandes de la peau, comme l'ail, la térébenthine.

Dans certains états morbides de l'organisme, cachexie générale, syphilis, tuberculose, de même que pendant l'incubation de certains exanthèmes aigus et de quelques maladies fébriles, il s'échappe de la perspiration cutanée une odeur plus intense, que différents médecins (Heim, Schönlein) ont déclaré reconnaître comme tellement caractéristique, qu'ils prétendaient pouvoir, d'après elle, diagnostiquer la maladie en présence de laquelle ils se trouvaient. Il sera plus prudent de ne pas trop se fier à la finesse de son odorat, et de distinguer la

scarlatine, la rougeole, la variole par d'autres symptômes qu'en recherchant l'impression olfactive de « plumes fraîchement arrachées, d'une ménagerie, de pain fraîchement cuit, etc. (1) ».

Envisageons maintenant les anomalies de la sécrétion que l'on différencie nettement d'après les sources dont elle provient, c'est-à-dire de la sécrétion de la sueur et de la sécrétion de la graisse.

Et en premier lieu les

ANOMALIES DE LA SÉCRÉTION DE LA SUEUR

En nous reportant à la physiologie de la sécrétion de la sueur, nous comprendrons mieux les anomalies que cette sécrétion peut présenter.

---

(1) La sueur qui apparaît aux orifices, ou qui est étalée à la surface de la peau, aussi bien que celle qui imprègne le stratum corné, peut avoir une odeur particulière au moment même où elle est excrétée, ou bien *acquérir* cette odeur secondairement par altération chimique, fermentation, ou prolifération bactérienne.

Dans le premier cas, qui seul constitue ce que l'on peut appeler correctement les *sueurs odorantes*, l'élément osmique peut être normal, accidentel ou pathologique.

Sueurs odorantes normales; le plus généralement partielles, les sueurs odorantes normales s'observent surtout là où les glomérules ont une fonction spéciale, chez tous les sujets sans exception; l'intensité et le degré, seuls, varient; à l'anus, aux organes génitaux, à l'aisselle, la sueur présente des caractères propres, facilement reconnaissables et qui s'accentuent par l'accumulation, l'imprégnation et l'altération secondaire.

Sueurs odorantes accidentelles ; l'odeur provient de l'élimination *générale* par tous les émonctoires, les appareils sudoraux compris, de substances particulièrement diffusibles et volatiles, alcools, éthers, musc, ail, phosphore, oléorésines, etc., introduits dans l'organisme par une voie quelconque.

Sueurs odorantes pathologiques; générales, elles appartiennent soit aux maladies infectieuses, typhus, fièvre typhoïde, etc., soit aux fièvres éruptives, suette, scarlatine, rougeole, variole; locales ou localisées, elles sont souvent en rapport avec le voisinage d'un foyer putride. Importantes à étudier en physiologie générale, ces deux dernières catégories n'ont pas d'intérêt particulier pour le dermatologiste. Quelques grandes dermatoses, telles que certaines variétés de pityriasis rubra, présentent des sueurs odorantes, mais cela est exceptionnel.

Dans le second cas, auquel s'applique plus particulièrement la dénomination d'*hyperidrose fétide,* la sueur n'acquiert des conditions osmiques extrêmes que par son altérabilité particulière, due à la décomposition presque immédiate de quelques-uns de ses composants; on l'observe au cuir chevelu, aux aisselles, aux plis anogénitaux, à l'om-

Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, le système vasculaire de chaque glande sudoripare prise à part forme un petit réseau admirable; la branche artérielle qui s'approche de cette glande se ramifie en un réseau vasculaire qui enveloppe les sinuosités du canal de la glande, et duquel sort un petit tronc artériel. Nous avons donc ici une disposition semblable à celle qui existe dans les corpuscules de Malpighi des reins ; et, en effet, comme la sécrétion de ces derniers, la sécrétion des glandes sudoripares émane du sang artériel.

Cette analogie se manifeste également dans la composition chimique de la sueur, autant qu'elle a pu être fixée jusqu'à présent : la sueur est un liquide à réaction acide (1), qui contient des éléments solides en quantité d'autant plus faible qu'il est plus abondamment sécrété. Son principe dominant, capital (environ 99 p. 100), est l'eau, dans laquelle les sels qui se trouvent habituellement aussi dans l'économie (chlorure de sodium, phosphate de chaux, etc.) sont dissous en quantité variable, mais en somme très petite. En outre, on y a reconnu de l'acide lactique (chez les goutteux), de l'acide urique, de l'urée et le produit de la décomposition de l'urée, l'ammoniaque, un acide hydrogéné spécial et de l'indikan. Ces derniers principes démontrent clairement l'analogie de la sécrétion des glandes sudoripares avec celle des reins (2).

---

bilic, aux extrémités, particulièrement aux pieds. C'est une variété d'hyperidrose, non une condition pathologique individualisée, et c'est au chapitre de l'hyperidrose que revient, dermatologiquement, son étude. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La sueur, au moment même où elle commence à être sécrétée, est réellement *acide*, mais Luchsinger et Trumpy (*Pfluger's Arch.* XVIII, p. 494, 1878) soupçonnant que la réaction acide est due à la décomposition de la matière grasse sébacée, débarrassent la peau, par des lavages, de tout corps gras, injectent 0, 10 cent. de pilocarpine et voient l'ALCALINITÉ se produire dès les débuts de la sudation. Vulpian (*Soc. Biol.* juin 1879), Straus (*Revue de Hayem*, 1880, p. 315), ont confirmé le fait; mais Tourton (*Thèse de doctorat*, Lyon, n° 24, 1re série) dit que la sudation par la pilocarpine est *anormale*, et que la sueur physiologique *est toujours acide.* — Aubert et Fr. Frank sont du même avis.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Avec ses glomérules sudoripares innombrables, la peau peut à la rigueur, anatomiquement et physiologiquement, représenter un rein étalé, mais l'élément excrémentitiel n'est pas, en réalité, dans le plan de la fonction sudoripare normale, et celle-ci ne supplée pas la fonction rénale.

Sur un seul point, il peut y avoir action réciproque réelle, suppléance relative, c'est sur l'élimination de l'eau; quand une sueur

De plus, on a aussi trouvé, dans la sueur, des acides gras qui se révèlent par leur odeur particulière, et certes la matière grasse ne provient

---

excessive est provoquée par une raison quelconque, la quantité d'eau éliminée par la voie rénale diminue proportionnellement à l'excès sudoral, cela est hors de doute; sur ce point seul, et sous cette forme seulement, la peau entre en rapport positif avec le rein. — Si le rein est suffisant, vous pouvez sans crainte fermer la voie cutanée et donner ainsi la meilleure preuve que le rein peut suppléer la peau. Senator (*Virchow's Archiv.* D.LXX) a verni les membres et le tronc de deux hommes en pleine santé, on a laissé cet enduit imperméable en place pendant une semaine, et on n'a observé ni abaissement de température, ni affaiblissement, ni dyspnée, ni albuminurie, ni trouble d'aucune sorte, rien en un mot de ce qui se passe chez les animaux soumis à la même pratique. Mais si le rein est insuffisant, surtout s'il y a véritablement oligurie, la peau peut suppléer le rein dans sa fonction hydrofuge, mais non dans les éliminations véritablement excrémentitielles au sens vrai du mot.

En effet, presque toutes les substances qui traversent aisément le filtre rénal trouvent dans le glomérule sudoripare une barrière toujours fermée, particulièrement celles qui sont d'ordre excrémentitiel; un peu plus de facilité pour certaines substances venues du dehors qui débordent en quelque sorte par cette voie, mais elle est si peu faite pour cet objet que celles-là même parmi ces substances que le rein tolère parfaitement deviennent, pour le glomérule et pour la peau, de véritables irritants. Aucun organe ne peut suppléer le rein excrémentitiel, et c'est là, précisément, ce qui rend son rôle si considérable en pathologie, et ses altérations ultimes si irrémissibles.

Sans cette pureté relative de l'élimination sudorale, la peau fût devenue une véritable sentine; la sueur est, au contraire, une sauvegarde pour l'intégrite du revêtement cutané qu'elle n'impressionne dans l'état physiologique que d'une manière favorable; aucun bacille ne trouve une voie d'élimination par le glomérule, pas même le bacille lépreux qui est presque ubiquitaire; les expériences de J. Chievre et Cossar Ewart (*Journ. of. anat. and. physiol.*, 1878), lesquels concluent que les bactéries trouvées dans la sueur normale ne sont pas éliminées de l'organisme, mais fixées accidentellement, sont, au moins en partie, valables pour les sueurs pathologiques.

Ce n'est pas tout, l'appareil sudoripare lui-même est à l'abri de la plupart des altérations de la peau proprement dites, et les dermatoses, même majeures, ne produisent dans le système glomérutaire que des réactions accessoires. On comprendra ce dernier point, et on se rendra compte de cette dernière particularité aussi remarquable que peu remarquée, si l'on veut considérer que les glomérules, partie sécrétoire de l'appareil sudoral, n'occupent que la face inférieure du chorion, et la couche cellulaire et adipeuse dite sous-cutanée celle qui constitue, en réalité, l'étage inférieur, ou troisième couche, et que nous avons dénommée *hypoderme;* les plus élevés n'atteignent que la couche profonde du chorion, occupant les canaux aréolaires par groupes ou

absolument pas alors de la sécrétion des glandes sébacées qui occupent la même surface que les glandes sudoripares, mais elle vient certainement de ces dernières, puisqu'on l'a trouvée dans des endroits où elles existent exclusivement et où il n'y a pas une seule glande sébacée, comme à la paume de la main ; sans parler des grosses glandes de l'aisselle et des glandes circum-anales décrites par Gay, et dont la sécrétion semble être analogue à celle des glandes cérumineuses de l'oreille. C'est à la présence de principes de ce genre que certaines sueurs et, en particulier, la sueur de quelques régions de la peau, doivent leur odeur spéciale.

Dans les conditions ordinaires, la sueur est excrétée en quantité insensible ; elle s'échappe au fur et à mesure de son émission ; mais si l'on diminue cette évaporation, ou si on la condense, comme par l'application d'enduits imperméables, taffetas gommé, caoutchouc, elle peut se réduire en gouttes liquides.

A la suite de l'échauffement actif ou passif du corps, et d'une tension plus prononcée des vaisseaux de la peau, la sueur apparaît en gouttes transparentes et en quantité plus considérable ; mais sa sécrétion ne dépend pas seulement d'une tension artérielle plus marquée sous l'influence de l'action du cœur; il faut la rapporter bien plutôt à une action provenant du système nerveux. Tout le monde sait qu'une excitation psychique ou sensorielle du cerveau, le chagrin, la frayeur, une douleur violente, un malaise de l'estomac, etc., font apparaître la sueur en grosses gouttes sur le front ou sur tout le corps. La contraction des plus petites artères, sous l'influence du froid ou du frisson, est liée à un arrêt de la sécrétion sudorale ; au contraire, la dilatation des petits vaisseaux, comme dans la chaleur à la période de détente d'un accès fébrile, se rattache à une exagération de cette même sécrétion

---

grappes de quatre ou cinq, les autres lui sont tout à fait inférieurs; tels sont ceux qui appartiennent aux organes génitaux, à l'aréole, au creux axillaire, aux régions palmaires et plantaires, au cuir chevelu.

Quant aux aberrations *quantitatives* de la sécrétion sudorale, leur importance en pathologie cutanée est réelle, leur rôle est à peu près fixé. Il n'en est pas de même pour les altérations *qualitatives*, lesquelles sont certainement l'origine, non pas seulement de quelques épidermites superficielles par altération chimique de la sueur étalée, ou par germination microbienne, mais, directement, de certaines espèces de dermatites dont la pathogénie reste inconnue.

Enfin, les lésions propres des glomérules, primitives ou secondaires, celles qui se propagent à leur atmosphère, comportent un intérêt dermatologique particulier dont nous tiendrons compte : idradénites, périadénites sudorales, idradénomes. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

sudorale (1). Il est donc hors de doute que la sécrétion de la sueur est sollicitée ou entravée par l'influence nerveuse locale, centrale ou réflexe. Depuis les dernières années, où l'étude des nerfs du système vasculaire et des centres d'où ils émanent occupe tant d'expérimentateurs, nous savons que la voie suivie par les nerfs vasomoteurs est également celle que parcourt l'excitation de la sécrétion sudorale ; que l'on peut, en divisant ou en excitant les fibres du grand sympathique et les nerfs sensitifs qui transmettent l'excitation, interrompre ou exciter expérimentalement la sécrétion de la sueur, absolument comme celle de la salive ou du suc pancréatique. L'irritation d'un tel tronc nerveux provoque, même dans un membre amputé, donc dans un membre séparé de la circulation sanguine, la sécrétion de la sueur. (L'atropine arrête la fonction des nerfs de la sueur.) Pour les pattes de derrière (du chat), les nerfs de la sueur se trouvent dans le nerf ischiatique, d'où ils arrivent, soit directement, soit par un détour par la portion abdominale du cordon sympathique voisin et par des rameaux communiquant de celui-ci par les racines antérieures, dans la portion supérieure de la moelle lombaire, et inférieure de la moelle tho-

---

(1) Il y a ici deux points à préciser :

1° *Action nerveuse sudoripare dans ses rapports avec la circulation cutanée.* — La sécrétion de la sueur, de même que la circulation cutanée, est régie par un appareil nerveux propre et indépendant ; habituellement, il y a accord fonctionnel, synergie, entre les deux systèmes d'innervation : d'une part, la sécrétion sudorale est atténuée ou suspendue en même temps que la circulation cutanée est entravée par l'action des vaso-constricteurs ; de l'autre, cette sécrétion est activée en même temps que se produit une dilatation vasculaire active ; mais cela a lieu par des *nerfs indépendants*, ainsi que l'a surtout montré le professeur Vulpian (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1878-1879). Les médecins cliniciens savent, d'ailleurs, depuis longtemps, que cet accord n'est ni nécessaire ni constant, puisque la peau peut être, à la fois, congestionnée et sèche, ou absolument anémiée et couverte de sueur.

2° *Action du froid ou de la chaleur sur la circulation cutanée.* — Sous l'influence du froid, les artérioles de tout calibre se resserrent par voie réflexe comme dans le frisson de cause interne, le sang pénètre en moindre quantité dans les réseaux capillaires et s'accumule dès lors beaucoup moins dans les veinules. La peau est froide et pâle d'abord ; puis, à un degré plus avancé, les parois vasculaires perdent leur tonicité, et l'on observe ces dilatations veineuses qui déterminent le bleuissement des parties exposées. Sous l'influence du chaud (interne ou externe), les vaisseaux se dilatent et la peau prend la teinte rouge qu'on lui connaît ; les veines, recevant par les capillaires dilatés une lus grande quantité de sang, deviennent turgescentes.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

racique inférieure où paraît être le centre de la sécrétion sudorale du membre postérieur. Les nerfs de la sueur pour les pattes de devant du chat passent dans les nerfs cubital et médian d'où ils pénètrent dans la moelle cervicale inférieure, soit directement par les racines spinales, soit par le cordon thoracique du sympathique. Dans la moelle allongée (Adamkiewicz) et dans le cerveau même il y a des centres qui président à la sécrétion sudorale de tout le corps. En outre, Coyne a en partie démontré l'existence de ganglions périphériques des glandes sudoripares ; les fibres nerveuses qui se rendent aux fibres musculaires lisses des grosses glandes en peloton déterminent, si on les irrite, l'apparition subite de la sueur.

A côté des travaux de Vulpian, Betzold, Goltz, Samuel, Ostrumoff, etc., ceux de Stricker sur les centres toniques des nerfs vasculaires et sur l'innervation collatérale, et ceux de Kendall et Luchsinger et de Nawrocki sur l'influence qu'exerce l'excitation des nerfs sur l'activité des glandes sudoripares, sont particulièrement instructifs sous ce rapport (1).

Au point de vue pathologique, ces faits sont corroborés par les observations de sécrétion locale anormale de sueur, en plus ou en moins, dans le cercle d'action de différents nerfs sensitifs qui sont paralysés ou, au contraire, qui sont excités, irrités (comme dans les cas de migraine), dans les blessures, les tiraillements par des cicatrices (Weir-Mitchell).

D'après l'étude la plus récente des cas et des expériences qui y ont trait, celle de Bouveret (2), l'hyperidrose paraît être liée à une excitation des nerfs cérébro-spinaux ou à une paralysie du sympathique.

---

(1) Cette théorie physiologique et pathogénique des hyperhémies cutanées a sa véritable origine et est puisée tout entière dans les mémorables expériences de Claude Bernard, lesquelles ont démontré l'existence et le rôle fonctionnel des nerfs vasomoteurs et des nerfs sécrétoires.

Les travaux consécutifs de Vulpian et des auteurs ci-dessus cités, notamment de Luchsinger et de Nawrocki, qui se rapportent plus particulièrement aux nerfs sécrétoires des glandes cutanées, ainsi que ceux de Betzold, de Goltz, de Samuel Stricker, etc., auxquels il conviendrait d'ajouter l'indication récente des belles recherches de Dastre et Morat sur les nerfs vasodilatateurs et par conséquent sécrétoires et pouvant présider aux hyperhémies ; tous ces travaux, disons-nous, découlent de cette source primordiale.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Voyez sur tous ces points l'excellente thèse de concours de L. Bouveret — *Des sueurs morbides*, Paris, 1880. E. B. — A. D.

L'analogie avec les hyperhémies de la peau que nous avons déjà décrites et qui sont liées à un état de spasme ou de paralysie des nerfs est tout à fait impossible à méconnaître. Et cela se comprend, puisque la sécrétion de la sueur elle-même est tout d'abord réglée par les conditions locales de circulation des réseaux vasculaires qui enveloppent les glomérules.

Le but physiologique prochain de la sécrétion de la sueur semble être de régulariser la chaleur du corps, puisque, en général, quand la température du corps s'élève, la sueur arrive en quantité abondante, puis, par son évaporation, elle soustrait au corps une partie de sa chaleur. En outre, il faut encore attribuer à la sueur un but d'excrétion; c'est ce qui paraît ressortir non pas seulement de la constitution chimique de la sueur dont nous avons déjà parlé, mais encore de ce fait bien connu que la sécrétion des reins, dans l'état physiologique, est généralement, au point de vue de la quantité, en rapport proportionnel avec la sécrétion sudorale. Plus la transpiration est abondante, plus l'urine est rare et concentrée, et *vice versa*.

C'est certainement cette observation de chaque jour qui a donné naissance à cette hypothèse, qui jouit encore actuellement d'un certain crédit, que la rétrocession de la sueur, ou la suppression de sa sécrétion, surtout dans les cas où elle est pathologiquement exagérée, peut entraîner des conséquences fâcheuses pour l'organisme, et donner lieu à des maladies de refroidissement ou à des affections plus graves.

Si sous l'influence d'une augmentation de la sécrétion des reins, on voit certainement disparaître plus rapidement des exsudats et des œdèmes anciens, ce phénomène se produit aussi quand, simultanément, il y a une transpiration exagérée de la peau. Mais cet état de la sécrétion est avant tout, lui-même, une conséquence de la chute de la fièvre et surtout de l'activité des vaisseaux qui survient au moment où la fièvre disparaît; et ce fait ne motive en rien cette supposition que, dans le cas où la transpiration cutanée viendrait à diminuer, un exsudat qui existe depuis quelque temps déjà s'aggraverait, ou qu'un organe interne deviendrait malade; car les reins à l'état normal excrètent des matériaux d'échange en quantité incomparablement plus grande que les glandes sudoripares dont le produit de sécrétion n'est, comme on le sait, à peu près composé que d'eau pure (1). Et surtout il ne

(1) Si l'activité de la sécrétion sudorale et de l'excrétion urinaire peut favoriser la résolution des exsudats ou des œdèmes anciens — ce qui vient d'être reconnu au commencement de l'alinéa — on ne voit pas pourquoi la suppression de la transpiration cutanée ne pourrait

peut pas être question d'une rentrée, d'une répercussion de la sueur excrétée ; car, d'après les lois physiologiques, on ne peut pas plus y penser qu'à la rentrée de l'urine, quand rien ne s'oppose à son écoulement au dehors ; aussi ne redoutons-nous pas du tout une telle répercussion, parce qu'elle est impossible, et ne craignons-nous même pas de combattre la sécrétion exagérée des glandes sudoripares dans les cas où elle a le caractère pathologique. Nous cherchons bien plutôt à la guérir, absolument comme la polyurie, et nous n'avons jamais vu le plus léger accident suivre cette guérison (1). Si nous avions à formuler à cet égard une plainte quelconque, ce serait justement le contraire, c'est que précisément il est souvent difficile, ou même impossible, d'empêcher la sécrétion exagérée de la sueur.

Je craindrais presque de dire quelque chose de superflu si je vous faisais observer que la disparition brusque de la sueur, sous l'influence d'un courant d'air froid, n'indique pas du tout une répercussion de la sueur, mais bien une évaporation rapide du produit de sécrétion déjà excrété.

Pour la pathologie générale, ce serait le vrai moment d'exposer ici,

---

pas être contraire à la résolution des mêmes exsudats, surtout si l'on veut bien remarquer que les reins, supposés par l'auteur suffisants à toutes les excrétions, peuvent, chez les malades dont il s'agit, être organiquement *insuffisants ;* on ne voit pas davantage pourquoi, dans les mêmes conditions, il ne pourrait pas se produire, ne fut-ce que par voie réflexe, une altération de quelque organe interne. E. B. — A. D.

(1) Il est superflu, en s'adressant aux médecins, de combattre la théorie populaire de la « *sueur rentrée* » ; mais il est nécessaire d'examiner ce que peut produire l'action du froid sur le système glomérulaire en tension, et ce qui peut résulter de l'inhibition brusque de cette fonction, si hautement nerveuse et circulatoire, dans son plein exercice, et des phénomènes inhibitoires réfléchis (Brown-Séquard) origine des accidents *trop réels* qui succèdent aux brusques arrêts sudoraux.

En fait, il y a une *sueur normale*, physiologique, *nécessaire*, qu'il faut respecter et favoriser à la manière de toutes les excrétions; — des *sueurs accidentelles* dont la suppression *brusque* doit toujours être évitée; — des *sueurs habituelles excessives*, anomales, qu'il est permis de combattre, *non pas aveuglément* comme cela est enseigné par l'auteur, mais *seulement avec connaissance de cause ;* — des *sueurs morbides*, dont quelques-unes ne réclament aucune intervention ou la contre-indiquent, et les autres, *sueurs colliquatives*, doivent être réprimées ; — enfin des *sueurs provoquées* ou *excitées*, dont la valeur thérapeutique est au-dessus de toute controverse théorique.

Nous allons préciser tout à l'heure, mais nous ne pouvions ajourner ces observations. Ernest Besnier. — A. Doyon.

dans tous leurs détails, les maladies dites de refroidissement, dont on a de tout temps parlé en médecine, avec plus ou moins de talent, en général avec bien peu de bonheur. Mais nous devons rester sur le terrain des maladies cutanées qui nous a entraînés de la sécrétion physiologique de la sueur à la pathologie de cette fonction.

La sécrétion de la sueur prend le caractère pathologique sous le rapport soit de la quantité soit de la qualité.

Quant au premier, on regarde comme des états morbides, la sécrétion sudorale arrivée à des proportions démesurées, — dysidrose ou hyperidrose, et l'état contraire, une diminution anormale, — anidrose (1).

L'hyperidrose est considérée comme un état morbide quand on voit une quantité exagérée de sueur, en gouttes, se produire sur la peau dans des circonstances où cela n'a pas lieu habituellement chez la plupart des sujets. La sueur excessive qui survient lorsque la chaleur du corps est élevée par l'ardeur du soleil ou du feu, par un effort physique, le travail, la marche, la danse, etc., n'est donc pas, à proprement parler, de l'hyperidrose (2). Nous ne rattacherons pas davantage à cette

---

(1) Le terme de dysidrose serait acceptable pour exprimer, génériquement, les perturbations de toute espèce de la sécrétion sudorale; mais il a, en dermatologie, une autre acception qui va se présenter un peu plus loin. Les termes de hyperidrose et anidrose sont suffisants, en remarquant toutefois que le dernier ne doit pas être pris au sens absolu, et qu'il contient implicitement le terme de oligo-idrose.

La plupart des médecins écrivent « hyper*hy*drose, éph*y*drose, an*hy*drose ; c'est à tort ; quand il s'agit de la sueur, le radical de *idrose* n'est pas ὕδωρ, eau, mais ἵδρως, sueur.

E. B. — A. D.

(2) Cela est parfaitement de l'hyperidrose. Entre cet excès de sueur en quelque sorte normal, commun, qui résulte de la chaleur, de l'activité physique ou morale, etc., et l'excès pathologique des sujets qui ne peuvent faire aucun mouvement, ni subir aucune impression, sans entrer en transpiration, il n'y a de différence que dans le degré auquel se fait la réaction sudorale; entre les deux extrêmes, on trouve toutes les nuances, et il serait bien difficile de fixer une moyenne en deçà ou au delà de laquelle l'excès de sueur ne mériterait pas, ou mériterait le nom d'hyperidrose. En fait, il y a hyperidrose toutes les fois où la sueur est excessive, quelle que soit la cause du phénomène ; reste à distinguer les circonstances, et les cas. Il serait tout à fait arbitraire de restreindre la signification du mot au gré du sentiment de chacun. Dans le premier cas indiqué ci-dessus, l'hyperidrose est commune ou *physiologique;* dans le second, elle est extraordinaire, *pathologique*, mais elle existe dans les deux cas. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

affection la sécrétion démesurée de sueur qui apparaît comme symptôme concomitant ou consécutif d'autres maladies générales, de la fièvre aiguë et chronique, de la tuberculose, de la cachexie chronique, et que l'on regarde comme « critique » dans les maladies fébriles aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde) (1).

D'après d'anciennes relations, dans la période de 1485 à 1550, il régna cinq fois en Angleterre, en France et en Allemagne une épidémie caractérisée par une éruption excessive de sueur, et qui, dans l'histoire des maladies, porte le nom de suette anglaise (*sudor anglicus*). On cite également une pareille épidémie qui éclata en Picardie en 1718, — *suette de Picardie*. Probablement, dans ces deux épidémies, il s'agissait de maladies fébriles (2).

---

(1) Ces excès morbides de sueurs, ces sueurs morbides, ne peuvent pas, à la volonté d'un auteur, être ou n'être pas de l'hyperidrose; elles constituent par leur réunion la classe des sueurs morbides ou hyperidroses *symptomatiques*. E. B. — A. D.

(2) La suette dite *anglaise*, parce qu'elle aurait été observée d'abord en Angleterre, puis en France à Calais, sur les Anglais exclusivement, dans cinq épidémies qui eurent lieu en 1485, 1507, 1518, 1529 et 1551, se rapporte à une fièvre diaphorétique foudroyante, dans laquelle l'éruption miliaire n'avait pas le temps de se développer à cause de la rapidité de l'évolution qui amenait souvent la mort en quelques heures. On a cru depuis en reconnaître deux manifestations : épidémies de Rottingen et de Sulzfeld, 1802, 1864. (Voy. Léon Colin, *Traité des maladies épidémiques*. Paris, 1879, p. 867 et suiv.)

On sait aujourd'hui que des faits du même ordre, c'est-à-dire dans lesquels la mort survient par asphyxie pendant la diaphorèse, *avant* le stade éruptif ou tout à son début, appartiennent à toutes les épidémies de suette; si l'on a pu croire à la suette sans éruption comme manifestation exclusive d'une épidémie, c'est que, autrefois comme aujourd'hui, beaucoup de médecins confondent les cas moins graves, ceux dans lesquels la période éruptive a le temps de se développer avec diverses autres affections, notamment avec la rougeole.

La *suette des Picards* ou *suette miliaire* ne diffère pas de la suette anglaise; antérieurement à l'épidémie d'Abbeville (1718), elle avait déjà été observée en Allemagne (Leipzig, 1652), et elle a encore actuellement des foyers en divers points de la France et de l'Europe. C'est une fièvre sudorale infectieuse; elle débute brusquement par des sueurs profuses, nauséabondes même chez les malades qui sont tenus le plus proprement, en même temps que surviennent de la constriction épigastrique, de la gêne respiratoire et de l'anxiété; la langue est saburrale, il y a de la céphalalgie, des phénomènes cérébraux. Après deux à quatre jours de durée de ces symptômes, apparaissent les manifestations cutanées éruptives : la peau devient rouge uniformément ou par plaques, puis elle se hérisse de petites granulations ansérines qui sont bientôt

L'hyperidrose qui se manifeste comme maladie essentielle de la peau, indépendante des causes que nous avons énumérées plus haut, rentre seule dans le domaine de la pathologie cutanée (1).

Elle occupe la peau dans toute son étendue, — hyperidrose généralisée, — ou elle est seulement bornée à certaines régions du corps, — hyperidrose localisée.

L'hyperidrose généralisée se rencontre le plus souvent chez des individus gras, rarement chez des individus d'un embonpoint modéré; un léger effort corporel ou intellectuel, le séjour dans une pièce qui n'est que modérément chauffée, une excitation psychique, une contrariété, l'impatience, amènent chez ces personnes une excrétion subite et abon-

---

des phlycténules sudaminales transparentes, puis opaques (sudamina, miliaire), généralement petites, mais pouvant atteindre le volume d'un pois. Ces éruptions, érythème et phlycténules, peuvent être observées sur les muqueuses, sur la langue, le voile du palais; elles sont essentiellement multiformes sur la peau, et parfois, chez le même sujet, roséoliques, rubéoliques, scarlatiniformes; leur marche est descendante, et c'est par la face que la rougeur débute souvent, ce qui rend très facile la confusion avec la rougeole. La desquamation est furfuracée sur le tronc, lamelleuse, scarlatinoïde aux extrémités; elle s'étend à la langue, etc., etc.

Voyez sur cette question : *L'épidémie de suette du Poitou en juin et juillet* 1887. — Rapport de la mission envoyée par M. le ministre du Commerce et de l'Industrie, par MM. Brouardel et Thoinot, directeurs de la mission, avec le concours de MM. les Drs Chantemesse et Descoust, et de MM. Damelin, Hontang, Louis Parmentier, Pozzi et Wallich, internes des hôpitaux, communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 13 septembre 1887, par M. Brouardel. — Voy. aussi la communication de Chédevergne, *eodem loco;* — et E. Parmentier : Épidémie de suette miliaire, ses caractères *in Revue de Médecine*, septembre et novembre 1887.

D'après Littré, Charles Daremberg, Léon Colin, la *maladie cardiaque* décrite par Galien et Cœlius Aurelianus, la *suette anglaise*, qui ravagea les Iles Britanniques, le nord et le centre de l'Europe, de 1485 à 1529, la *suette miliaire* qui apparut en 1652 à Leipzig sont des manifestations plus ou moins graves de la même maladie. Hecker, Haeser, Anglada soutiennent que ces trois maladies sont distinctes.

Toutes réserves sont permises au sujet de la *maladie cardiaque*, mais l'identité de nature de toutes les suettes peut être considérée comme établie. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Cette variété d'hyperidrose ressortit également à la clinique générale; quant aux sueurs localisées, sueurs locales, hyperidroses locales, elles dépendent plus souvent de lésions nerveuses dont elles constituent un des symptômes, que d'un véritable état pathologique de la peau proprement dite. E. B. — A. D.

dante de sueur. A ce moment, on sent que la peau est chaude et turgescente, ou bien elle est fraîche, particulièrement quand la sueur a séjourné longtemps sur la peau; ce dernier phénomène provient de la soustraction de chaleur résultant de l'évaporation du liquide.

Chez certains individus l'hyperidrose généralisée revient souvent, il est vrai, mais chaque fois pour peu de temps seulement; chez d'autres, elle est habituelle et continue; littéralement, ces personnes sont continuellement ruisselantes de sueur. Cette hyperidrose persiste généralement pendant des années à l'état d'affection de la peau, et ce sont presque exclusivement des personnes d'âge moyen qu'elle frappe. Cependant, on l'observe aussi dans la première adolescence chez des sujets atteints d'obésité précoce (1).

L'éruption de cette sueur abondante est en général précédée d'une sensation désagréable de picotement de la peau, quelquefois aussi d'un sentiment de serrement, d'oppression. Hebra a attribué ces sensations à l'accumulation du sang dans les vaisseaux des papilles, dont la turgescence excite les nerfs cutanés; cela me paraît très plausible. Après l'apparition de la sueur, ces sensations désagréables se dissipent et les malades se sentent soulagés.

Avec cette abondante sudation, on voit parfois apparaître sur la peau un exanthème consistant en papules du volume d'un grain de millet ou un peu plus grosses, solides, d'un rouge vif, s'accompagnant d'une démangeaison modérée, ou bien ce sont des vésicules remplies d'un liquide clair comme de l'eau. Cet exanthème représente l'affection cutanée connue sous le nom de *sudamina, prickly heat, calori, Hitz-oder Schweissblätterchen*, qui survient habituellement chez tous les individus, particulièrement chez ceux qui ont la peau délicate, surtout chez les enfants, quand une chaleur démesurée détermine chez eux une très abondante excrétion de sueur. On ne peut pas dire que les sudamina soient une conséquence de la sueur, dans le sens que celle-ci ramollirait l'épiderme et irriterait les papilles, comme peuvent le faire, par exemple, les pommades irritantes, des bains chauds, même la sueur restant longtemps en contact avec la peau, et souvent aussi l'application prolongée de cataplasmes. En effet, les sudamina apparaissent presque en même temps que la sueur, ils semblent être le produit de l'exsudation aqueuse qui sort des papilles turgescentes de sang. De même que la sueur sort à travers les glandes sudoripares, de même il sort un

---

(1) Cette obésité, elle-même, est un des éléments du syndrome constitutionnel ou accidentel, dont l'hyperidrose fait partie.

E. B. — A. D.

liquide des vaisseaux papillaires entre les couches de l'épiderme qu'il soulève en papules et en vésicules.

Cet exanthème n'est pas sans quelque rapport avec la maladie que nous apprendrons à connaître sous le nom d'eczéma, dont il peut même prendre les formes caractéristiques dans son développement ultérieur, alors que la peau finit par s'irriter à force d'être mouillée par la sueur, ou par le fait d'un traitement mal approprié. Mais si l'on emploie des moyens convenables, dans les cas où l'hyperidrose n'était que passagère, les vésicules s'affaissent aussitôt; les feuillets épidermiques qui avaient été soulevés desquament en lamelles minces, et la peau revient à l'état normal.

Bien que nous devions parler encore du traitement de l'eczéma sudoral au chapitre de l'eczéma, cependant je ferai observer, dès maintenant, que, dans le cas où il existe des sudamina, il faut, pour le motif signalé plus haut, éviter tout ce qui pourrait amener la peau à une nouvelle production de sueur et, par conséquent, l'irriter. On évitera les bains, la chaleur, les vêtements chauds, les boissons échauffantes et les mouvements du corps. On rafraîchira la peau avec des lotions d'alcool, d'eau de Cologne, etc., et l'on absorbera la sueur en saupoudrant la peau de poudre d'amidon.

La conséquence particulière de l'hyperidrose généralisée est la macération de l'épiderme et la rougeur de la peau, — Fratt, Frattsein, intertrigo, — que l'on observe sur les parties qui favorisent d'une manière spéciale la production souvent renouvelée de la sueur ainsi que son séjour prolongé sur la peau, par conséquent dans les plis qui sont toujours en contact les uns avec les autres, comme aux seins, aux parties génitales, sur le tronc, etc. Cet état peut aussi très facilement prendre les proportions de l'eczéma, — eczéma intertrigo; — nous l'étudierons en détail à sa place (1).

L'hyperidrose localisée est plus fréquente et plus importante au point de vue pratique; elle représente la sécrétion de la sueur abondante et habituelle limitée à certaines régions de la peau. On la rencontre le plus

(1) L'hyperidrose proprement dite ne donne lieu à une éruption vraiment eczémateuse que chez une catégorie de sujets prédisposés, dans des régions spéciales, quand les soins appropriés font défaut ou quand des irritations inopportunes interviennent. On trouve alors réunis, comme conditions directes, l'altération du liquide sudoral et son séjour à la surface et dans les vêtements, l'enveloppement dans des linges souillés et maintenant une température trop élevée, comme cela se voit, par exemple, chez les enfants au maillot de laine; l'absence d'ablutions chez les sujets obèses dans les surfaces de contact (intertrigo-sudoral). E. B. — A. D.

souvent au visage (front et menton), au cuir chevelu, au creux de l'aisselle et au pli de l'aine, à la paume des mains et à la plante des pieds (1).

L'excrétion exagérée de la sueur dans le creux de l'aisselle s'observe avec une fréquence spéciale chez les femmes et elle est habituellement liée à une odeur pénétrante, — osmidrose. Elle est gênante à cause de cette odeur et aussi parce qu'elle décolore les parties de vêtements qu'elle imprègne; quand sa durée se prolonge, elle finit par amener un eczéma (2).

L'hyperidrose de la paume de la main est une affection extrêmement désagréable; aussi souvent qu'on se lave les mains et qu'on les essuie,

---

(1) Voilà vraiment l'hyperidrose idiopathique, celle qui est du ressort du médecin dermatologiste et pour laquelle sa compétence particulière n'est pas inutile à invoquer; elle est toute à distinguer des sueurs morbides, le plus souvent locales ou localisées, qui relèvent exclusivement de lésions organiques ou fonctionnelles du grand sympathique, des centres encéphaliques, des nerfs cérébro-spinaux, de la moelle, lesquelles sont du plus haut intérêt pour la médecine et pour la physiologie générales — Voy. Thèse de Bouveret, *sup. cit.* —, mais dont l'étude aussi bien que l'exposé ne seraient pas ici à leur place.

E. B. — A. D.

(2) L'hyperidrose axillaire est la plus commune et les actions physiques ou morales les plus diverses l'excitent chez tous les sujets sans exception. Voyez dans nos amphithéâtres les malades présentés nus : en peu d'instants, la sueur ruisselle littéralement de l'aisselle et vient tomber sur le sol, à la grande stupéfaction du patient qui passe sa main sur le côté du thorax pour se convaincre de la nature de cet écoulement extraordinaire. Aubert — De l'hyperidrose axillaire des personnes nues, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2me série, t. III, 1882, p. 685 — attribue cette hyperidrose à une élévation thermique locale de un demi-degré, coïncidant avec l'abaissement de température de la surface, et il ne considère l'émotion que comme une cause adjuvante de sa production; nous ne partageons pas cette opinion. Quel qu'en soit le mécanisme local, la cause essentielle de l'hyperidrose axillaire des personnes nues est purement émotive; chez les hommes qui se baignent entre eux, et qui n'ont pas la même *émotion* que ceux qui sont présentés en public, il peut y avoir un peu de moiteur de l'aisselle si la température extérieure est élevée, mais jamais on n'observe chez eux ce ruissellement étrange de nos malades exposés. Un grand nombre d'autres émotions aussi inconscientes produisent le même résultat; le professeur, par exemple, s'il s'est quelque peu donné intellectuellement, a toujours de l'hyperidrose axillaire au cours de sa leçon. L'aisselle est le lieu banal de l'hyperidrose; c'est à l'aisselle où elle se produit le plus tôt, le plus souvent et le plus abondamment; l'aisselle est le véritable foyer central, le centre de la sudation

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

leur face palmaire et la face interne des doigts se recouvrent aussitôt de gouttelettes transparentes de sueur qui sortent à travers les orifices, dilatés et visibles à l'œil nu, des glandes sudoripares.

Les mains qui suent habituellement sont toujours au toucher humides, froides, gluantes; leur contact est pénible et désagréable, sous divers rapports, surtout s'il s'agit d'une femme, à ce point que celles qui sont atteintes de cette infirmité essuient précipitamment leur main avant de la tendre ou de l'abandonner; les gants qu'elles portent sont rapidement tachés, leurs ouvrages (broderies, etc.) ont toujours un aspect sale et gras, car il est certain que les glandes sudoripares excrètent aussi des principes gras. Vous voyez donc que les personnes atteintes de cette hyperidrose habituelle des mains peuvent être considérablement gênées par ce fait dans l'exercice d'une profession ou d'un métier (1). Cet état peut persister pendant des années entières sans altérer localement la peau d'une manière spéciale; tout au plus l'épiderme paraît-il ramolli, il se soulève çà et là sous forme de vésicules très superficielles, il s'exfolie, il est ridé, plissé sur le bout des doigts. Il est rare qu'il se forme des vésicules et des bulles du volume d'un grain de millet ou plus grosses, ou même des pustules, circonstance qui a amené certains auteurs à en faire une forme pathologique à part : — Hutchinson (cheiro-pompholix), Tilbury Fox (dysidrosis), Robinson (pompholix), — et cela à tort, comme nous le verrons quand nous étudierons l'eczéma. En effet, il s'agit ici tout simplement de symptômes qui appartiennent à des poussées aiguës d'eczéma (2).

---

(1) L'hyperidrose avec algidité cyanotique est fréquente chez les jeunes filles, et est pour elles un obstacle considérable dans les relations sociales ; elle entraîne, quand on la laisse sans les secours convenables et opportuns, une véritable acromégalie localisée qui ajoute une difformité à l'infirmité. E. B. — A. D.

(2) Cette proposition est trop absolue : il n'y a pas à le nier, il y a une lésion d'ordre hyperidrosique, et *non* eczémateux, que les auteurs susnommés ont eu raison de distinguer et de signaler; on ne l'observe pas seulement à Londres, mais en tous pays.

Dans sa forme la plus légère, la maladie de Fox, de Hutchinson, de Robinson, consiste en de petites vésicules discrètes, très fréquentes dans la saison chaude, ayant pour lieu d'élection les parties latérales des doigts, profondément enchâssées, parfois un peu douloureuses, irritables si le patient les « tracasse », entourées d'une zone érythémateuse étroite, laissant écouler, si on les ponctionne à l'aiguille, un liquide neutre, acide, ou faiblement alcalin, selon les périodes de l'évolution.

Dans ce degré, cette petite infirmité saisonnière est très commune; quelques personnes ne peuvent porter des gants de peau pendant l'été

L'état que nous avons décrit se rencontre principalement chez des personnes jeunes des deux sexes, souvent lié à la chlorose et à de mauvaises digestions... (1) aux mains et aux pieds, qui sont froids au toucher, à la cyanose de ces parties, aux variétés de livedo décrites comme asphyxie locale des mains, avec tendance aux engelures. Je l'ai, cependant, observé aussi chez des individus d'un âge moyen et je l'ai vu survenir sans la moindre cause appréciable chez des sujets qui avaient toujours vécu dans d'excellentes conditions et mené une existence régulière, etc.

Habituellement aussi, l'hyperidrose disparaît sans cause que l'on puisse déterminer, après des mois ou des années. Quoi qu'il en soit, ce mal est des plus gênants et des plus opiniâtres.

---

sans la voir se produire, surtout celles qui répondent au type des « arthritiques sudoraux ».

A un degré plus élevé, les vésicules coalescent, se groupent, gagnent la paume de la main ou la plante du pied, forment de véritables lacs ou phlyctènes, mais conservent les mêmes caractères, la même terminaison, c'est-à-dire qu'elles s'affaissent ou se rompent, que le liquide qui s'en écoule n'a rien du liquide de l'eczéma, et que la desquamation finale est absolument celle des phlyctènes ou des bulles.

Cela n'est donc pas de l'eczéma, et cela ne devient jamais de l'eczéma si le malade est mis au repos, si on lui donne des bains frais et si on se borne à laisser les mains dans l'inaction, poudrées d'amidon ou, dans les cas très intenses, pansés comme les brûlures avec le liniment oléocalcaire. Mais si le médecin, comme c'est l'usage regrettable, intervient par des irritants sur ces surfaces en état irritable, il a grande chance de déterminer un eczéma qui sera, d'ailleurs, fugace ; toutefois, cette transformation est loin d'être constante, même après des applications irritantes ; nous en avons, cette année, présenté un exemple remarquable chez un palefrenier anglais, atteint de dysidrose, et qui avait appliqué sur ses mains les emplâtres destinées à des chevaux.

Dans certains cas, si la dysidrose évolue chez des sujets à prédisposition eczémateuse, il peut y avoir une affection composite, que nous nommons eczéma dysidrosique ; c'est là une question de diagnostic différentiel qui peut être parfois obscure et discutable, mais qui n'ôte rien à la précision des faits susindiqués.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce n'est ni la « chlorose » (*vraie*), laquelle est relativement rare, ni les « mauvaises digestions » qui causent l'hyperidrose des mains chez les jeunes sujets ; l'hyperidrose, les engelures, sont du même ordre, et ont la même source que les troubles dyspeptiques, l'anémie lymphatique, les troubles dysménorrhéiques ; tous ces phénomènes pathologiques font partie d'une série coordonnée de troubles ou de perturbations nutritives résultant soit de mauvaises conditions d'hygiène, soit d'imperfection constitutionnelle. E. B. — A. D.

On peut dire la même chose de la sueur habituelle des pieds; occasionnellement, tout le monde peut la présenter et être atteint des accidents locaux qu'elle entraîne, par exemple après une longue marche pendant les chaleurs de l'été. Par le fait de cette sueur, l'épiderme, particulièrement sur les plis des orteils et sur leurs surfaces de contact, aussi bien qu'à leur extrémité et sur la plante des pieds, est ramolli, soulevé; la peau est mise à nu, crevassée, extrêmement douloureuse. Le malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher d'un pas ferme.

Il n'en est pas autrement de la sueur habituelle des pieds. Seulement, dans cette dernière, l'état local est, comme l'hyperidrose, constant, persistant depuis la plus tendre enfance jusque dans l'âge adulte, mais toujours plus modéré pendant la saison froide et quand l'individu garde le repos, que pendant l'été et quand le malade se donne beaucoup de mouvement. Aussi les personnes qui en sont atteintes marchent-elles avec précaution et ont-elles une allure spéciale. Mais l'hyperidrose des pieds est presque toujours accompagnée d'odeur fétide, — bromidrose, — non pas que la sueur des pieds récemment excrétée ait déjà une odeur particulièrement pénétrante, mais parce que la sueur imprégnée dans les chaussures, les bas, les chaussettes, s'altère et donne une mauvaise odeur.

En changeant très fréquemment de bas et de souliers, on fait aussi disparaître cette odeur fétide; mais il est évident que tout le monde ne peut pas, à chaque instant, mettre d'autres bas et d'autres chaussures. C'est pourquoi la sueur habituelle des pieds gêne celui qui en est atteint, non pas seulement à cause de la macération constante des pieds et parce qu'elle l'empêche de marcher, mais encore directement et indirectement à cause de la bromidrose qui l'accompagne. Celle-ci le rend insupportable pour les personnes qui l'entourent; on ne peut le souffrir nulle part et on ne le supporte pas dans un service et dans un emploi où l'on a affaire à lui personnellement; c'est un triste sort.

On rencontre quelquefois la sueur des mains et celle des pieds chez le même individu; mais il est beaucoup plus fréquent de les trouver séparément.

Sur la cause éloignée de l'hyperidrose localisée, nous ne savons absolument rien. Dans beaucoup de cas, on peut la regarder comme une simple exagération de la fonction physiologique de la peau. J'ai déjà dit plus haut que la sueur des mains est quelquefois liée à la chloro-anémie et à la dyspepsie chronique.

Mais la cause prochaine de l'hyperidrose est toujours dans le système des vaisseaux capillaires de la peau, surtout des glandules sudoripares

et des papilles. Et de fait, c'est tantôt une accumulation de sang exagérée et active, comme dans les cas d'hyperidrose du creux de l'aisselle ou des parties génitales résultant de la chaleur, tantôt c'est une injection passive produite par la dilatation (neuroparalytique) de ces vaisseaux.

Ainsi que je l'ai démontré en parlant des hyperhémies, ce sont les nerfs vasomoteurs (sympathiques, sécrétoires) qui règlent ces états du système vasculaire. C'est pour cela aussi que, à propos de l'hyperidrose généralisée ou localisée, il faut tenir compte de ces états neuropathiques; mais j'en ai déjà parlé en traitant des hyperhémies, et pour ce motif je me bornerai à vous renvoyer à ce que j'ai dit en cet endroit.

Cela nous permet de comprendre parfaitement bien comment une excrétion abondante de sueur, généralisée ou localisée, peut survenir sous l'influence d'une excitation morale, frayeur, inquiétude, contrariété, ou d'une douleur locale, par le fait d'une irritation partant de l'organe central ou d'une irritation réflexe. Ces faits ont même été produits expérimentalement, puisque Claude Bernard, après avoir coupé le grand sympathique dans la région cervicale, a vu une sueur abondante survenir dans la région frappée de paralysie en même temps que la paralysie des vaisseaux qui en résultait. Les mêmes conditions étiologiques se rencontrent dans les cas nombreux où, à la suite d'une parotide suppurée, on a observé l'hyperidrose dans les régions où se distribuent des nerfs sensitifs et des nerfs vasculaires blessés, irrités, paralysés.

A cette catégorie se rattachent alors naturellement les formes d'hyperidrose localisée unilatérale qui correspondent à des régions nerveuses déterminées, par exemple dans la migraine où elle occupe la moitié correspondante du front et de la tête, ou dans les cas de paraplégie où elle s'étend sur toute une moitié du corps. Des faits de ce genre ont été observés par Hartmann, Er. Wilson, Hebra, P. Guttmann et par moi-même; j'ai vu, par exemple, une femme chez qui, pendant la durée de la migraine, la moitié non douloureuse du front était froide et sèche, tandis que l'autre moitié, correspondante à la distribution du nerf frontal, qui était douloureuse, était légèrement rouge et couverte de gouttes de sueur. Fränkel et Ebstein, dans un cas semblable d'hyperidrose occupant la moitié gauche du corps, ont trouvé dans les ganglions cervicaux correspondants du grand sympathique une obstruction des vaisseaux sanguins par des groupes d'hématies, tandis que Riehl, dans un cas concernant le côté gauche de la tête, a observé, outre la lésion vasculaire ci-dessus, une infiltration cellulaire interstitielle du ganglion sympathique cervical supérieur. D'après le résumé donné par Riehl à cette

occasion de tous les cas connus d'hyperidrose unilatérale dans la sphère du trijumeau, on a constaté dans la plupart de ces cas, pendant l'accès, outre la dilatation des vaisseaux, de la myosis, dans un petit nombre de cas de la mydriase.

On a, d'autre part, décrit aussi des cas de paralysie du sympathique avec myosis et dilatation des vaisseaux, dans lesquels il existait de l'anidrose (Mœbius).

Je connais une dame qui avait eu la syphilis, chez laquelle cependant déjà avant cette maladie et jusqu'à aujourd'hui on avait observé des sueurs limitées et dans des régions opposées; ainsi le côté gauche de la face et la moitié droite du corps se couvraient de gouttes de sueur sous l'influence de la plus légère cause morale, le côté droit de la face et la moitié gauche du corps restant secs.

La plupart des cas d'hyperidrose localisée sont encore tout à fait inexpliqués, quant à leur étiologie.

Pour ce qui est du pronostic, nous avons au moins dans les formes neuropathiques quelques éléments qui nous permettent de l'établir; mais, dans ces cas même, il doit être extrêmement vague. — Dans les formes ordinaires de l'hyperidrose du creux de l'aisselle, de la paume des mains et de la plante des pieds, nous ne pouvons pas formuler un pronostic défavorable, puisque souvent la maladie s'arrête spontanément après une durée même de plusieurs années, et que le plus ordinairement le traitement donne quelques résultats ou même une guérison complète. Mais, malheureusement aussi, il y a des cas qui résistent à toute espèce de traitement.

Pour le traitement de l'hyperidrose du creux de l'aisselle, des parties génitales et de la paume des mains, de même que des formes peu graves de la sueur des pieds, on recommande des lavages fréquents avec une solution de tannin (1 gramme pour 250 grammes d'alcool ou d'eau), d'alun ou de soude, une décoction d'écorce de chêne (20 gr. pour 500), une solution de sublimé (1 gr. pour 400), de permanganate de potasse (5 gr. pour 400), une solution de soude et d'ammoniaque, etc., avec l'alcool et l'éther simples ou additionnés d'extrait d'aconit (1 gr. p. 200), ou de colombo, etc., ces différents liquides sont aussi employés en bains locaux pour les mains et les pieds. Dans quelques cas de sueur de la paume des mains et de la plante des pieds, on a obtenu rapidement de bons résultats par des lavages avec : naphtol, 10, esprit de vin, 175, eau de Cologne, 25. En outre, pour absorber la sueur et pour isoler les plis de la peau qui sont en contact les uns avec les autres, on fera de fréquentes applications de poudre d'amidon, de riz avec ou sans addition d'oxyde de zinc, de carbonate de plomb, de crème de tartre pulvérisée, d'acide salicylique, de naphtol pulvérisé (1 gr. pour 100 d'ami-

don), ou bien on appliquera de la charpie recouverte de l'une de ces diverses poudres. C'est ainsi que l'on agit en particulier pour les espaces interdigitaux et les plis des orteils, pour les plis des parties génitales et pour le creux de l'aisselle. Dans les cas de sueur de l'aisselle, les doublures de caoutchouc ou de taffetas gommé qui sont souvent employées par les tailleuses sont tout à fait contraires au but que l'on se propose, et ne font qu'empêcher l'évaporation de la sueur dont l'accumulation plus grande irrite encore davantage la peau.

Pour ce qui est spécialement de la sueur des pieds, on peut, dans les cas légers, obtenir de bons résultats des moyens que nous avons énumérés; il faut renouveler plusieurs fois par jour les applications de poudre absorbante au moyen de petits plumasseaux placés entre les orteils et dans leurs plis inférieurs.

Dans les cas où l'hyperidrose et la bromidrose des pieds sont plus développées, le traitement proposé depuis de nombreuses années déjà par Hebra, au moyen de l'onguent diachylon, mérite toute confiance. De l'aveu général, cette pommade constitue dans notre arsenal médicamenteux un véritable trésor; aussi est-elle d'un usage très répandu; nous croyons donc nécessaire de vous faire connaître en détail son mode de préparation. Elle était originairement préparée avec l'emplâtre diachylon simple et de l'huile de lin, qui fut ensuite remplacée par l'huile d'olive. Depuis plusieurs années, on la fait avec la litharge et l'huile d'olive suivant la formule suivante : litharge, 100, huile d'olive, 400 ; faites chauffer à un feu doux, en ajoutant peu à peu de l'eau de fontaine pour faire un onguent de consistance assez ferme ; puis ajoutez : huile de lavande, 10; c'est l'onguent diachylon ou onguent de Hebra.

Pour combattre les cas très développés d'hyperidrose et de bromidrose des pieds, on étale cette pommade, l'épaisseur du dos d'un couteau, sur un morceau de grosse toile propre et bien lavée, de la forme d'un carré long, assez grand pour envelopper le pied. On lave bien les deux pieds, on les sèche, puis on les pose chacun sur un de ces linges enduits de pommade. Ensuite on met entre les orteils et dans les replis inférieurs des plumasseaux de charpie enduits de pommade, et l'on réunit soigneusement les extrémités du linge sur le dos du pied. Pardessus le tout, le malade mettra des bas et des souliers neufs, c'est-à-dire qui n'ont pas encore été portés. Avec ce pansement, le malade peut très bien vaquer à ses affaires, mais il fera mieux de rester couché, parce que de cette manière la pommade agit plus rapidement. Au bout de vingt-quatre heures, on retire le linge, on ne lave pas les pieds, mais on les frotte pour enlever la charpie et la poudre et l'on applique aussitôt un nouveau pansement, comme celui de la veille. On continue

ainsi pendant dix à quinze jours. Alors on laisse la pommade de côté et l'on se borne à poudrer le pied soigneusement et à placer de la poudre dans les plis. Dans l'espace des quelques jours qui suivent, l'épiderme se détache en lames épaisses, d'un brun jaune, ressemblant à du parchemin, la peau se recouvre d'un épiderme tendre, d'une belle couleur blanche, et l'hyperidrose est guérie. C'est seulement à ce moment qu'on lavera les pieds.

Pendant longtemps encore, et spécialement après une longue marche et pendant les grosses chaleurs, il est utile que le malade se poudre soigneusement les pieds, qu'il mette de la poudre surtout entre les orteils et mieux encore dans les plis de la face plantaire des orteils ; il fera bien d'en mettre même dans ses bas.

Si la guérison n'était pas complète, il faudrait recommencer immédiatement le traitement dans son entier et même le renouveler plusieurs fois; en agissant ainsi, on obtiendra certainement une guérison durable.

Si je répète ainsi avec insistance que ni moi, ni aucun autre n'avons jamais vu la suppression de la sueur profuse des pieds obtenue à l'aide des remèdes externes exercer une influence fâcheuse sur un organe interne ou sur la santé générale de celui qui en était atteint, c'est que je veux ainsi mettre entre vos mains une arme nouvelle contre le préjugé que l'on rencontre souvent, à savoir que des maladies dangereuses de l'organisme et une mort subite même peuvent survenir quand l'hypersécrétion habituelle de sueur, spécialement aux pieds, est arrêtée par le traitement ou cesse spontanément, ou même lorsqu'elle disparaît temporairement par suite d'un refroidissement brusque. Je vous répète également ce que je vous ai dit relativement au préjugé des soi-disant conséquences de la répercussion des éruptions de la peau. En effet, ces deux idées reposent sur la même base, la fausse interprétation des faits cliniques, et elles n'ont pas plus de valeur l'une que l'autre.

Ce reproche auquel je fais allusion est moins souvent adressé aux médicaments internes qui sont recommandés pour combattre l'hyperidrose, comme la décoction de quinquina, l'extrait d'aconit, mais spécialement l'agaric blanc pulvérisé à la dose de 0,3 décigrammes à 2 grammes et 3 grammes, l'agaricine à 1/2 milligramme par dose jusqu'à 0,02 centigrammes par jour; et sulfate d'atropine, 0,02, gomme adragante, 1,50, poudre de réglisse S. Q. pour vingt pilules, à prendre deux pilules par jour; ou cette même substance en solution et à dose croissante, ces deux derniers remèdes ont quelquefois donné des résultats remarquables, ils sont le plus souvent passagers; — en outre, les toniques, les fortifiants, les diurétiques, en attri-

buant à ces derniers une hypersécrétion supplémentaire des reins (1).

L'état opposé à l'hyperidrose, l'anidrose, indique la diminution ou l'absence complète de sécrétion de la sueur; à cette affection se rattachent un état sec et rude de l'épiderme, et la sensation subjective de sécheresse, de tension, de malaise général, de chatouillement et de prurit.

A titre d'affection cutanée essentielle et indépendante, l'anidrose n'existe pas. A part les quelques personnes qui présentent cette parti-

---

(1) On peut, cela est le plus habituellement vrai, réprimer les hyperidroses locales sans dommage pour le patient; mais *jamais* on ne le doit faire avant de s'être assuré de l'intégrité ou de la suffisance de la fonction rénale, et avant de s'être rendu un compte exact et complet de l'état général du sujet.

Le traitement local varie selon le siège, le degré et les cas particuliers.

a). *Cuir chevelu :* Voici le traitement que nous appliquons à l'hyperidrose dépilante du cuir chevelu, source la plus fréquente de la forme d'alopécie que l'on désigne, en France, sous le nom d'*alopécie arthritique :* chez les hommes, les cheveux doivent être tenus absolument ras; chaque matin, la tête est lavée avec eau *chaude* et savon au benjoin ou au goudron; puis, après avoir été bien lavée et essuyée, elle est frictionnée légèrement avec une brosse douce imprégnée d'un liniment dont tous les alcoolats aromatiques peuvent fournir la base, et auquel on ajoute, selon la tolérance du cuir chevelu, de *très petites quantités* de β naphtol, 0,25 à 1 p. 100. Le soir, toute la tête est poudrée avec un mélange d'amidon et de salicylate de bismuth en proportions variables de 10 à 50 p. 100. Chez les femmes, le même traitement, mais beaucoup plus difficile à appliquer; le poudrage se fait seulement la veille des jours où il sera possible de faire, le lendemain, un lavage à fond du cuir chevelu et des cheveux, opération toujours laborieuse quand la chevelure est longue, et dont nous préciserons les conditions au chapitre des alopécies.

b). *Aisselles :* C'est chez les femmes de tout âge que l'intervention est nécessaire : supprimer les sous-bras en caoutchouc, élargir absolument toutes les emmanchures des vêtements ; laver matin et soir les aisselles à l'eau *chaude* et avec un savon aromatisé au benjoin, poudrer avec de l'amidon additionné de salicylate de bismuth et d'acide borique porphyrisé dans la proportion de 1 à 10 p. 100, ou avec de l'amidon simplement. Cela suffit ordinairement.

c). *Régions palmaires et plantaires :* Dans les formes moyennes, lavage matin et soir avec eau *chaude* et savon de goudron, *friction* et poudrage, avec la poudre de salicylate de bismuth pure ; suppression des gants pendant la saison chaude; chaussures légères et découvertes ; pour les cas intenses, le traitement interne et externe préconisé par l'auteur. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

cularité de ne pas suer ou de suer d'une façon presque imperceptible sous l'influence de la chaleur ou d'un effort violent, l'anidrose, comme état pathologique de la peau, est toujours un symptôme constituant de certains états de la nutrition générale ou de certaines maladies de la peau portant une empreinte encore plus caractérisée, comme le prurigo, l'eczéma chronique, le psoriasis, l'ichthyose, la xérodermie que j'ai décrite. L'anidrose est tantôt généralisée, surtout comme dans le diabète sucré ou le diabète insipide, chez les personnes atteintes de cachexie tuberculeuse ou cancéreuse; dans ce cas, il peut exister parallèlement au défaut de sécrétion de la sueur une sécrétion exagérée ou altérée provenant des glandes sébacées. Tantôt l'anidrose est, comme la maladie cutanée à laquelle elle est liée, plus localisée. Dans les deux cas, elle peut être passagère ou persistante. Quand l'anidrose est liée à une maladie de la peau, on reconnaît un lien réciproque régulier entre ces deux affections, car chaque fois que la maladie de peau reparaît ou disparaît, la sécrétion de sueur, de son côté, disparaît elle-même ou se reproduit. Ainsi, par exemple, une région de la peau atteinte d'eczéma chronique est en même temps frappée d'anidrose, mais la sueur y apparaît de nouveau dès que l'eczéma diminue ou disparaît. Ce fait a été interprété dans le sens de la dermapostase, comme si l'eczéma, l'éruption, apparaissait comme une sorte de dépôt à l'extérieur, parce que la sueur et ses produits auraient été retenus dans le corps. On a oublié que les hyperhémies qui donnent naissance aux exanthèmes chroniques, eczéma, psoriasis, etc., amènent en même temps une suractivité des glandes sudoripares, et que, par conséquent, il peut y avoir une plus grande sécrétion de sueur, comme aussi une exsudation exagérée de sérum et une plus grande production d'épiderme. Dans ces circonstances, cependant, si les glandes sudoripares ne fonctionnent pas, ce fait doit être attribué au trouble de nutrition de la peau qui accompagne l'eczéma, le psoriasis, etc., puisque la peau recommence à transsuder d'une manière régulière, dès que l'altération de nutrition qui représente la dermatonose disparaît; mais jamais l'inverse n'a lieu (1).

---

(1) Comparez P. Aubert. Des modifications subies par la sécrétion de la sueur dans les maladies de la peau *in Ann. de Dermatol. et de Syph.,* 1re série, 1878. Voici les conclusions de ce travail :

« La série des anomalies pigmentaires (nœvus pigmentaire, vitiligo, éphélides, et même pelade) ne produit aucune modification de la sécrétion sudorale.

« L'hypérémie cutanée, lorsqu'elle est simple, et qu'elle existe non seulement à la surface de la peau, mais dans les couches profondes du derme, produit

Sous le rapport de son extension ou de sa localisation, l'anidrose suit donc aussi exactement la marche de l'affection cutanée, circonstance que l'on ne peut assez faire ressortir eu égard à la théorie (que nous blâmons) des dermapostases, et que nous étudierons avec toute l'attention qu'elle comporte, quand nous exposerons la symptomatologie des maladies en question.

En dehors du trouble local de la nutrition, une influence nerveuse peut aussi déterminer une anidrose locale, de telle façon que, dans des régions de la peau qui sont le siège d'une paralysie ou d'une irritation névralgique, comme sur le front dans le cas de migraine, — ou sur une moitié du corps frappée de paralysie, — on peut voir tantôt une hyperidrose, tantôt une anidrose, se manifester.

Le pronostic et le traitement de l'anidrose ne sont autres que ceux de l'état morbide local ou général qui lui a donné naissance.

Au sujet des anomalies qualitatives de la sécrétion de la sueur, nous n'avons que très peu de faits positifs à produire, ce qui s'explique d'autant mieux que nos connaissances sur la physiologie de la sueur présentent beaucoup de lacunes. Ces anomalies se rapportent à des altérations indéterminées de l'odeur, — bromidrose ou osmidrose, — de la coloration, — chromidrose, — ou bien à quelque mélange anormal de substance étrangère.

Je vous ai déjà dit ce qu'il faut penser de l'osmidrose ou bromidrose. Je crois que, chez certaines personnes, l'évaporation générale de la peau ou la sécrétion de certaines régions, comme le creux de l'aisselle, les parties génitales, peuvent être caractérisées par une odeur tout à fait spécifique (osmidrose), mais que la sueur fétide proprement dite (bromidrose) n'est que la conséquence de la décomposition de la sueur imprégnée dans la chaussure. Je me suis également exprimé sur la valeur de la prétention manifestée par certains médecins, Heim, Schönlein, etc., d'après lesquels l'évaporation cutanée prendrait, dans certaines maladies générales, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc., une odeur caractéristique.

---

l'hypersécrétion; cette hyperémie se rencontre dans des circonstances diverses : permanente dans les taches vineuses, passagère dans la zone hyperémique des lésions osseuses ou dans le stade avancé de guérison du psoriasis ou de l'eczéma. Les hyperémies de la surface, comprises dans le terme générique d'exanthèmes (urticaire, roséole copahique, roséole syphilitique, etc.), respectent la sécrétion sudorale sans l'accroître ni la diminuer.

« Les affections irritatives et inflammatoires les plus diverses (érysipèle, eczéma, psoriasis, affections vésiculeuses ou pustuleuses), entraînent toute la suspension de la sécrétion sudorale. »

E. B. — A. D.

Les auteurs (1) ont cité comme cas de chromidrose des faits dans lesquels la sueur présentait une couleur étrange, jaune, verte, noire ou bleue. L'origine de la coloration bleue de la sueur a été attribuée, tantôt

(1) La première observation vraiment précise de chromidrose appartient à Billard — Mémoire sur un cas particulier de *cyanopathie cutanée*, ou coloration bleue causée par une altération de la transpiration, *in Arch. gén. de méd.*, 1831, — le rapport de la maladie avec la fonction sudorale et non avec la fonction sébacée y est nettement précisé. Mais c'est à Le Roy de Méricourt, — Mémoire sur la coloration partielle en bleu ou en noir de la peau chez les femmes — *Arch. gén. de méd.*, 1857 — que l'on doit l'introduction dans la science du mot de chromidrose, et de l'affection qu'il désigne. L'auteur a eu à lutter contre de très vives et de très nombreuses oppositions avant d'entraîner la conviction, à une époque où l'on ne connaissait pas le rôle du système nerveux dans les fonctions glandulaires, et en raison de l'obscurité apportée dans la question par quelques cas de simulation exécutés très adroitement. — Voyez les travaux ultérieurs du même auteur. — Mémoire sur la chromidrose. *Bull. de l'Acad. de méd.*, août 1858. — Mémoire sur la chromidrose ou chromocrinie cutanée, etc. *Ann. d'oculistique*, Paris, 1863. — Voyez, en outre, Hardy, — *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1867. — Parrot : 1° Note sur la nature de certains cas de masque et de quelques autres colorations anormales de la peau, *in Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 116; et 2° *Dict. encyclop. des sc. méd.*, Paris, 1875 — non seulement un exposé magistral de la question, mais encore une bibliographie complète. Pour Parrot, la chromidrose est une névrose sudoripare, de nature hystérique; nous proposerions de dire une idradénonévrose hystérique. — Hardy, *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*, article CHROMIDROSE, p. 573; Paris, 1886.

En fait, la sueur plus ou moins bleue que l'on désigne sous le nom de chromidrose — lequel veut seulement dire sueur colorée — et qui serait plus exactement appelée *cyanidrose*, appartient à une forme rare et particulièrement obscure de névrose d'ordre hystérique, dont l'étude difficile et litigieuse appartient non à la dermatologie, mais essentiellement à la névropathologie et à l'histochimie.

Sur les innombrables malades qui affluent dans nos grands hôpitaux dermatologiques, on chercherait en vain les chromidrosiques ; non pas que nous allions jusqu'à dire que ces sujets préfèrent des observateurs non dermatologistes, mais on y voit assez souvent des *pseudo* chromocrinies cutanées, tantôt accidentellement tinctoriales, tantôt, mais beaucoup plus rarement, simulées. Nous serions hors d'état de fournir une seule observation de chromocrinie cutanée *vraie*, recueillie à l'hôpital Saint-Louis ou dans les hôpitaux de Lyon, et nous ne croyons pas que nos collègues soient plus riches que nous en faits de ce genre. En conclusion, nous engageons vivement les médecins qui rencontreront des cas de sueurs colorées ou de colorations extraordinaires de la peau à observer leurs patients, ou patientes, avec la plus extrême circonspection, et à se faire assister, surtout, de confrères

à un phosphate de protoxyde de fer (Scherer), tantôt à un composé cyanuré analogue à la pyocyanine de Fordos (Schwarzenbach), ou encore à la présence d'un champignon microscopique dont les spores avaient une apparence bleue (Bergmann), ou enfin à l'indikan et au bleu de Prusse (Apjohn, Bizio). On rencontre souvent, principalement chez les personnes qui ont les cheveux rouges, la sueur du creux axillaire fortement colorée en jaune jusqu'au rouge orange. Les poils sont, dans ces cas, toujours envahis par de petites nodosités dures variant du jaune orange au brun. Il n'est pas possible de décider si ces nodosités sont pour la plus grande partie constituées par la sécrétion désséchée des glandes axillaires et si les cocci qu'on y rencontre jouent un rôle dans cette coloration, comme le pensent Balzer et Barthélemy (1).

---

rompus aux difficultés de la névropathologie, en même temps que de médecins dermatologistes.

Nos réserves ne sont pas moindres pour ce qu'on appelle la « chromidrose rose » du type de celle qui a été décrite, en 1887, au congrès de Toulouse, par André. — Voyez *Semaine médicale*, 28 septembre 1887. — Nous ne sommes pas sans avoir vu de semblables colorations à l'hôpital Saint-Louis, mais jamais nous ne les avons trouvées en dehors de conditions professionnelles, ou de causes accidentelles purement tinctoriales. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La sueur rouge — que l'on peut appeler avec nous *érythridose*, qu'il ne faut pas confondre avec les colorations ou décolorations chimiques que produit la sueur sur les vêtements teints par les procédés *perfectionnés* de l'industrie contemporaine, et qui teignent secondairement la peau des régions sudorales, particulièrement au cou, aux aisselles, aux pieds, sur le front, — la sueur rouge s'observe surtout aux aisselles, chez les individus hyperidrosiques, et le plus souvent chez ceux qui ont les poils rouges ou très blonds.

Elle peut exister sans que le malade s'en préoccupe, ou coexister avec un prurit plus ou moins vif; quand elle est bien accentuée, on trouve, appendus aux poils, des grains colorés qui leur donnent un aspect irrégulièrement moniliforme; la coloration se transmet aux pièces de vêtements de contact.

Les conditions *générales* de cette sécrétion sont celles de l'hyperidrose telles que nous les avons indiquées.

Le diagnostic est aisé, extemporanément : sueur rouge, rougeâtre ou ocrée, hyperidrose, poils de couleur rouge, ou plus ou moins altérés dans leur teinte, si elle est naturellement autre, chargés de granulations petites, ocracées, donnant aux poils un aspect assez analogue aux poils chargés de lentes de phthirius; quelquefois prurit et épidermite généralement légère.

Comme contrôle, vérification attentive de l'état granulé des poils et des pièces de vêtement, gilets de corps, corsets, bretelles, etc.

Enfin, pour la démonstration histologique, recherche des *micrococci*,

Comme anomalies de la sueur caractérisées par son mélange avec des substances spéciales, on cite l'hématidrose, qui n'est pas, à proprement parler, une sueur de sang, mais la sortie accidentelle et non déterminée par un traumatisme, d'une certaine quantité de sang artériel hors des pores de la peau, comme cela a été observé par Finol, Schilling, Lenhossek, Wilson, Hebra, etc. (1). Ce dernier rapporte qu'il a vu une

---

erythromicrococci, *micrococcus prodigiosus* de l'hostie sanglante, ronds ou elliptiques, colorés en brun jaune, ou rouge, enveloppés de leur glaire zoogléique, disposés en stries ou rayons convergents vers le poil — Voyez *in Annales de dermatologie*, 2e série, 1885, la contribution à l'étude des sueurs colorées par F. Balzer et Barthélemy; les recherches personnelles de ces auteurs distingués, et l'indication des travaux antérieurs de Hofmann, Pick, Eberth, et surtout de Babès.

Babès admet la transmission possible de la maladie par contagion, ce qui est fort rationnel, au moins chez les sujets qui présentent les conditions nécessaires pour le développement *entier* des micrococci érythrochromogènes.

Barthélemy et Balzer ne croient pas qu'il soit nécessaire d'invoquer cette transmission en raison de la fréquence du parasite qu'ils ont souvent constaté en dehors de toute érythridrose, alors même qu'ils forment des masses en chapelet appendues aux poils.

Le traitement général et local est celui de l'hyperidrose : les bains alcalins avec le sous-borate de soude, les lotions avec la même préparation. La toilette habituelle, l'usage d'un peigne fin, avec le savon, l'eau alcaline chaude, sont les moyens les mieux appropriés.

Mais il faut la persévérance dans l'emploi de *tous* les moyens indiqués, sans quoi le résultat pourra justifier cette proposition de Barthélemy et Balzer que les zooglées de la sueur rouge résistent aux agents les plus énergiques et aux soins les plus minutieux.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) On aurait une idée fort inexacte de l'hématidrose si l'on était borné à ce que contient, sur ce sujet, le texte courant.

La sueur sanguine, sanglante, hématique, ou *hématidrose*, représente une névropathie glomérulaire hémorrhagique, que plusieurs des auteurs étrangers ont méconnue, ou méconnaissent, on serait tenté de le croire, parce que la conception réelle et la description en sont dues aux auteurs français. Le fait pathologique qu'elle constitue est, aujourd'hui, bien connu, nettement déterminé dans son *siège*, le réseau vasculaire idradénique ; son *mécanisme*, la diapédèse sanguine, sa *pathogénie*, l'action nerveuse. Deux médecins français ont surtout contribué à en donner la conception exacte, Gendrin, et Parrot. Le travail de Gendrin est extrêmement remarquable, net et précis pour l'époque à laquelle il a été publié — 1838, *Traité philosophique de médecine pratique*, t. I, p. 246, sect. II, chap. unique, *des sueurs de sang ou des hématidroses*. — Le mémoire de PARROT est un des meilleurs travaux de ce regrettable savant; il a près de trente ans de date, 1859, et il n'y

fois sur le dos de la main d'un jeune sujet, au niveau de l'orifice d'une glande sudoripare, un jet de sang de forme spirale de la hauteur de 1 millimètre. C'est un témoignage de la facilité avec laquelle les capillaires se déchirent, comme chez les hémophiles. Dans un cas (Tittel) qui concernait également un individu disposé aussi à des hémorrhagies dans d'autres organes, Wagner a reconnu que l'hémorrhagie cutanée provenait réellement des glandes sudoripares, de même que Franke, dans un cas analogue, a trouvé des globules du sang dans le liquide excrété par ces glandes.

Il n'a plus été question de *galactidrose* à partir du moment où l'on a cessé de croire aux métastases du lait, au « lait répandu » chez les accouchées, et d'attribuer à ces phénomènes les accidents puerpéraux ainsi que les affections sudorales qui les accompagnent.

Au contraire, l'hypothèse d'une *uridrose*, c'est-à-dire d'un mélange des principes de l'urine avec la sécrétion des glandes sudoripares, est basée sur des faits positifs. Les auteurs anciens, sans connaître particulièrement le mécanisme de la sécrétion de la sueur, avaient cependant parlé de sueur urineuse, uniquement par la constatation d'une odeur urineuse de cette excrétion. Mais depuis lors, Schottin, Drasche, Treitz, Hirschsprung, Kaup, Jürgensen et autres, ont constaté d'une manière positive, mais seulement dans des cas exceptionnels, il est vrai, la présence réelle de l'urée dans la sécrétion cutanée. Drasche, en particulier, a recueilli douze fois chez des cholériques pendant l'épidémie de 1855, et Schottin, dans trois cas, a trouvé sur la peau du front, du visage et d'autres parties du corps, de petites lamelles que l'examen microscopique et l'analyse chimique ont montrées être composées d'urée. Les mêmes observations faites par Kaup et Jürgensen concernaient des individus atteints d'atrophie des reins, et d'autres qui n'avaient aucune affection ni des reins, ni de la vessie; ces lamelles étaient apparues sur la peau un ou deux jours avant la mort. Quoi qu'il en soit, le mélange de l'urée et de l'ammoniaque qui se reconnaît facilement aussi, prouve

---

a rien autre à ajouter que la théorie du mécanisme intime de l'hémorrhagie, laquelle ne pouvait être bien comprise à cette époque où le fait de la diapédèse des hématies n'était pas démontré. C'est à Parrot que l'on doit, fait essentiel, la constitution réelle et la nosologie véritable de l'affection, qui est une *hémorrhagie par action nerveuse*, ainsi que l'indique le titre même du mémoire; voy. Étude sur la sueur du sang et les hémorrhagies névropathiques, *Gazette hebd. de méd.*, 1re série, t. VI, 1859, pp. 633, 644, 678, 713, 743.

L'histoire de l'hématidrose, comme celle des *stigmatisées* appartient tout entière à la névropathologie, et c'est là où il faut la reporter.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

la fonction supplémentaire des reins et des glandes sudoripares. La présence, dans la sueur de certains malades, de l'albumine (Leube), de la biline, de la biliphéine et de l'urérythrine, a-t-elle été réellement prouvée comme le prétendent certains auteurs? Ces faits sont encore bien plus fortement contestés (1).

De ce que la plupart des matières excrémentitielles qui, par le fait de la digestion ou qui, en suivant la voie des vaisseaux sanguins, traversent les reins pour être rejetées au dehors, de ce que ces matières, dis-je, peuvent être également expulsées de l'économie par la sécrétion de la peau, comme la térébenthine, le goudron, les balsamiques, l'iode, l'ar-

---

(1) Il n'y a pas plus d'*uridrose* que de galactidrose; très rarement, et presque exclusivement dans la période ultime ou agonique de quelques maladies, l'urée (givre d'urée) apparaît à la surface de la peau; mais la fonction glomérulaire ne participe directement, ni seule, à ce phénomène qui n'a rien de l'acte sécrétoire proprement dit. Même chez les goutteux, l'acide urique n'existe dans la sueur qu'en quantités infinitésimales. Les observateurs qui ont cru rencontrer des dermatoses uriques « *urémides* » ont simplement relevé une série d'éruptions multiformes que l'on observe en réalité chez certains urémiques, mais qui n'ont rien de spécifique, et dont la pathogénie composite ne répond pas à d'aussi faciles théories.

Chez les glycémiques, on ne trouve le sucre dans la sueur ni plus souvent, ni en plus grande quantité que chez les autres sujets; et, chez les albuminuriques, on n'y rencontre jamais d'albumine, quelle que soit l'espèce d'albuminurie qui existe (Voy. P. Binet, Étude sur la sueur et la salive dans leur rapport avec l'élimination. *Thèse de Paris*, 1884). En un mot, les rares éléments uriques, glycosiques, etc., qui, après avoir imprégné tous les tissus, transsudent par les glomérules ou par le collecteur, ne constituent ni une *sécrétion*, ni même une excrétion supplémentaire localisée.

Cela nous ramène à dire que les glandes sudoripares ne sont pas faites pour suppléer le rein excrémentitiel, et qu'il n'y a pas à compter sur elles, ni spontanément, ni à l'aide des sudorifiques, pour cet objet. Spontanée ou provoquée, l'hyperidrose ne peut guère être utilisée que comme *hydragogue*, surtout dans les cas où la voie rénale est altérée, ou comme dérivative et comme révulsive.

Mais elle peut servir *à accroître le passage toujours minime par la peau*, d'éléments médicamenteux destinés au traitement des affections cutanées, spécialement l'arsenic, le mercure, les balsamiques, l'acide salicylique, l'iode, etc., et, par là, concourir à titre d'adjuvant, et remplir des indications très précises, dans le traitement de ces affections, ainsi que dans toute une série de maladies spécifiques ou non. Enfin, l'hyperidrose spontanée ou provoquée peut encore être utile *à titre éliminateur* en facilitant dans une certaine mesure le départ et la diffusion, ou, si l'on veut, la circulation des éléments médicamenteux particuliers que nous avons indiqués. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

senic, etc., il ne s'ensuit pas pour cela que l'on doive en faire autant d'espèces particulières d'anomalies qualitatives de la sécrétion de la sueur.

Toutes les anomalies de la sécrétion sudorale dont nous avons parlé semblent ne dépendre d'aucune altération anatomique appréciable des glandes sudoripares. Seul, Virchow prétend avoir quelquefois trouvé, chez des phtisiques qui avaient eu des sueurs très abondantes, une augmentation de volume de ces glandes et une transformation graisseuse de leur épithélium.

C'est surtout dans ces dernières années que l'on est arrivé à posséder des données un peu plus précises sur les altérations anatomiques des glandes sudoripares; elles constituent le plus souvent des lésions qui font partie d'autres altérations histologiques de la peau, comme dans le lupus, le carcinome, le lupus érythémateux, l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes. C'est ainsi que l'on trouve dans la lèpre les glomérules dilatés et augmentés de volume (Brücke, G. Simon); dans les kératoses, au contraire, ils sont atrophiés (Baerensprung); dans la dermatite chronique (Gay), leur épithélium est dégénéré; enfin, comme je l'ai indiqué, dans les cas de lupus érythémateux le tissu conjonctif périglandulaire est enflammé. Ces lésions ne se rencontrant que sur les glandes situées dans la région atteinte par une autre maladie cutanée, et non dans la généralité du système des glandes sudoripares, ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans leur exposition détaillée. Enfin, les glandes sudoripares sont également et naturellement comprises dans les affections inflammatoires de la peau; aussi paraît-il superflu de parler d'une idradénite phlegmoneuse (Verneuil), puisque celle-ci n'existe pas comme affection isolée (1).

---

(1) Il est vrai que la pathologie des glandes sudoripares est fort arriérée, surtout si on la compare à celle des glandes sébacées par exemple : la profondeur à laquelle se trouvent les glomérules, leur altérabilité presque physiologique, la fréquence de leur destruction ou de leur dégénérescence secondaires aux lésions les plus diverses, la difculté clinique de préciser le siège anatomotopographique *initial* d'un grand nombre d'affections cutanées, voilà quelques-unes des raisons qui expliquent ce retard. Joignez-y cet autre motif que l'étude de ces lésions, systématiquement entreprise, est poursuivie assez mollement; bien que l'école de Paris possède, aujourd'hui, une phalange brillante et serrée de jeunes histologistes de talent, très en mesure de remplir cette tâche, l'émiettement et la stérilisation de la plupart de ces forces vives, résultant du vice radical de notre organisation nosocomiale et universitaire, retarderont encore longtemps beaucoup de progrès de même ordre, c'est-à-dire de ceux qui sont attachés à un labeur prolongé, régulièrement dirigé dans une voie déterminée.

Cependant les limites de la pathologie des glandes sudoripares,

Quant aux tumeurs qui proviennent de l'hyperplasie des glandes sudoripares, aux véritables adénomes des glandes sudoripares, auxquelles appartient peut-être aussi « la tumeur des glandes sudoripares » décrite par Lotzbeck, elles se manifestent soit sous une forme pure, soit probablement en connexion avec l'épithéliome, le lupus — comme cela a été dit précédemment. Le ratatinement de ces tumeurs, décrites comme analogues à des tumeurs en forme de champignon ou d'éponge (Rindfleisch), entraîne la dégénérescence cystoïde des canaux des glandes sudoripares.

NEUVIÈME LEÇON

ANOMALIES DE LA SÉCRÉTION SÉBACÉE

Physiologie de la sécrétion sébacée. Pathologie. Sécrétion augmentée : séborrhée localisée et généralisée. Diagnostic, pronostic, traitement. Sécrétion diminuée : xérosis. Excrétion troublée ; ses conséquences comme formes de rétention, de prolifération et de dégénérescence. Comédon, milium, molluscum verrucosum ou contagiosum. Athérome.

Nous arrivons maintenant à parler des maladies de la peau qui consistent dans une altération pathologique de la seconde espèce de sécrétion cutanée, c'est-à-dire de la sécrétion de la matière grasse.

Rappelez-vous que ce produit, physiologiquement destiné à huiler la

---

grâce aux travaux français déjà effectués, ne sont pas aussi étroites que le veut dire l'auteur.

Depuis les travaux de Bazin et de Verneuil, c'est-à-dire depuis plus de trente ans, on connaît les idradénites et périadénites sudoripares inflammatoires, lesquelles ne sont pas toujours, comme le suppose l'exposé courant, secondaires ou non localisées.

On n'ignore pas que Fuhrer (d'Iéna), 1851, et Verneuil, peu après, ont attribué à l'appareil sudoripare un rôle direct dans le développement d'une forme particulière d'épithéliome cutané.

On sait que certaines maladies générales, la scrofulotuberculose, la syphilis, la lèpre, peuvent avoir des localisations de culture dans les glomérules, et constituer des altérations particulières.

On sait enfin que des lésions de la peau, encore innommées, peuvent prendre naissance, se localiser exclusivement dans l'appareil glomérulaire, et former, soit des « folliculites » jusque-là impersonnifiées et innommées, soit des éruptions de divers ordres, telles, par exemple, que celles qui ont été si bien étudiées par Balzer, Darier, Jacquet, etc. — Voyez Idradénomes (épithéliomes) adénoïdes des glandes sudoripares, ou adénomes sudoripares, par L. Jacquet et Darier, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, 1887 ; pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis, 1886, nº 1175. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

peau et les poils, est fourni par les glandes sébacées d'une manière qui diffère complètement de celle dont les glomérules produisent la sueur. Celle-ci, qui est formée par avance dans le sang (1), est sécrétée par les capillaires des glandes sudoripares, et versée par ces dernières à l'extérieur sur la surface de la peau comme un produit complètement formé (*fertiges*).

Il en est tout autrement de la formation de la matière grasse dans les glandes sébacées; par un travail analogue à celui de la régénération de l'épiderme dans le réseau muqueux, il se forme constamment de nouvelles cellules dans leur profondeur, vraisemblablement par prolifération des cellules épidermiques qui recouvrent à l'intérieur la paroi des lobules de la glande. Dans cette évolution successive vers la cavité des divers lobules et de la glande elle-même, une partie de leur contenu, de leur protoplasme, se transforme en graisse, et en même temps leur paroi devient sèche et cassante. La graisse apparaît à l'intérieur des cellules d'abord en petites gouttelettes, et plus tard en gouttes plus volumineuses qui coulent en se réunissant. Ces cellules contenant de la graisse et leurs débris, poussées successivement par les cellules qui se produisent en arrière des premières, arrivent dans les canaux excréteurs propres ou dans le conduit excréteur qui est commun aux glandes sébacées et au bulbe pileux, et finalement elles sont déposées sur la surface de la peau. Il se produit donc réellement une excrétion de cellules épidermiques par les glandes sébacées, absolument comme par le réseau muqueux, duquel proviennent histologiquement les glandes sébacées. La seule différence est que ces cellules subissent dans leur trajet vers l'extérieur une transformation graisseuse ; puis, comme elles s'ouvrent pendant la durée de ce trajet, la graisse qu'elles contenaient arrive également à l'extérieur à l'état de liberté.

Dans les conditions normales, cette excrétion de cellules est aussi peu sensible que celle de l'épiderme, et la matière sébacée mise en liberté se

---

(1) Pas plus qu'aucune autre sécrétion, la sueur n'est, à proprement parler, préformée dans le sang; elle est réellement sécrétée, au moins dans sa condition normale, par les glomérules, que l'on ne saurait considérer comme de simples filtres; ce sont, au contraire, des appareils dialyseurs très délicats à action multiple et variable sous la direction nerveuse. Renaut — *Comptes rend. de la Soc. de Biol.*, 1878, p. 177 — a montré que les cellules des glandes sudoripares, en se rétractant, augmentent la lumière du canal, et séparent du sang des éléments minéraux et organiques déterminés, et l'on sait, depuis les travaux de Ranvier, l'importance des éléments musculaires intraglandulaires, au point de vue du mécanisme de l'excrétion de la sueur.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

manifeste seulement en donnant à la surface de la peau et aux poils une onctuosité physiologique. Dans les cas pathologiques cependant, la sécrétion sébacée peut se montrer sur la surface de la peau en masses plus ou moins volumineuses qui sont presque exclusivement constituées par des amas épidermiques graisseux (1).

Mais cet état pathologique peut se présenter de deux manières : tantôt c'est la sécrétion même qui est anormale, tantôt c'est l'excrétion.

La sécrétion anormale peut être augmentée ou diminuée.

La première altération représente l'état pathologique que l'on désigne sous les noms de séborrhée ou stéatorrhée, écoulement graisseux, *fluxus sebaceus*, caractérisé par le rejet et l'accumulation à la surface de la peau d'une quantité anormalement considérable de matière sébacée; elle apparaît sur la surface de la peau soit comme un enduit purement huileux, soit sous forme de couches pelliculaires superposées, très riches en matières grasses, formant tantôt des croûtes épaisses de couleur sale, tantôt un enduit mince ressemblant à du vernis — séborrhée huileuse ou adipeuse, acné sébacée fluente de Cazenave. Ou bien les masses déposées en couches sur la peau représentent des lamelles épidermiques graisseuses, il est vrai, mais en même temps, plus sèches, cassantes, — séborrhée sèche ou squameuse, ou furfuracée, acné sébacée sèche de Cazenave. Ces deux formes peuvent se montrer isolément ou mélangées chez le même individu, et, de plus, l'affection peut être limitée à certaines régions du corps, séborrhée localisée, ou bien elle s'étend sur tout le corps, — séborrhée généralisée. Enfin, d'après cela, et suivant que la séborrhée occupe des parties de la peau pourvues ou dépourvues de poils, les symptômes et les conséquences de la maladie présentent des différences considérables.

Le cuir chevelu est certainement le siège le plus fréquent de la maladie — *seborrhæa capillitii* — chez les enfants du premier âge et chez les adultes des deux sexes. Sur la tête des enfants, le produit de cette séborrhée est ce que l'on appelle vulgairement les croûtes de lait

---

(1) Il y a une hyperexcrétion sébacée (nous ne disons pas hypersécrétion) physiologique, laquelle se manifeste dans des circonstances analogues à celles qui produisent l'excitation sudorale physiologique, la chaleur par exemple ; elle prend part à la formation de l'*état gras de la peau* de la face par exemple, et du cuir chevelu, état luisant, qui est normal chez un grand nombre de sujets, et très accentué dans certaines races, sous l'action solaire. Nous ajouterons que les actions nerveuses morales, non moins que les traumatismes nerveux locaux, ont une action manifeste sur la fonction sébacée, moins active et moins manifeste, mais non moins certaine que sur la fonction sudorale.

E. B. — A. D.

(*Gneis*); c'est une matière d'un jaune brun présentant diverses colorations plus ou moins foncées, cassante comme du fromage, graisseuse au toucher, parfois sèche et dure, ou feuilletée, qui tient solidement au cuir chevelu sous forme de couches minces ou d'agglomérations plus ou moins considérables, irrégulièrement bosselées. Quand on enlève les amas de matière sébacée, la peau de la tête apparaît lisse et humide. Au bout de quelques minutes, elle se couvre d'une pellicule brillante, mince comme du parchemin, qui est formée par la matière grasse fraîchement excrétée. Ou bien la peau est un peu rouge, très sensible et se déchire facilement, parce que l'épiderme est mince et tendre; ou bien on voit des places sans épiderme, eczémateuses, saignant facilement ou sécrétant une matière séreuse collante. Ce dernier état provient de la macération des produits de sécrétion retenus par les croûtes graisseuses et de l'irritation qu'ils exercent, en se décomposant, sur l'épiderme et le corps papillaire. Les cheveux qui sont compris dans la masse graisseuse cèdent facilement aux tractions que l'on exerce sur eux.

Les croûtes de lait se développent à la suite et comme continuation de la séborrhée et d'une régénération trop abondante de l'épiderme que l'on observe chez le fœtus et chez les nouveau-nés sur toute la surface du corps (*vernix caseosa*, *desquamatio*, *exfoliatio epidermidis*, *neonatorum*) dans les premières semaines de la vie, et qui, par le fait de l'accumulation constante et de la superposition de la graisse, des poussières, des cellules mortes de l'épiderme et des poils, persiste quelquefois jusque dans la seconde et la troisième année de la vie. Quand l'anomalie de sécrétion va en diminuant, les croûtes, soulevées de la peau, repoussées par les cheveux qui croissent, se brisent en morceaux et tombent.

Chez les adultes, la séborrhée du cuir chevelu se caractérise également par la production de dépôts de matières qui agglutinent les cheveux entre eux et les feutrent; quelquefois, c'est une matière formée de couches superposées, d'un blanc brillant, feuilletée comme l'ardoise, ressemblant à l'amiante. Le plus souvent, cependant, elle est sous forme de pellicules minces, d'un blanc sale, qui tombent constamment, et qui ressemblent à du son, — *pityriasis capillitii*.

Chez les adultes, la séborrhée du cuir chevelu est souvent la conséquence d'un processus local d'inflammation antérieure, comme l'érysipèle, l'eczéma aigu ou chronique, la variole. La forme du pityriasis est fréquemment aussi la suite et le symptôme d'une anémie aiguë ou chronique, chez les accouchées, chez les personnes mal nourries des deux sexes notamment, ainsi que dans les cas de syphilis antérieure ou actuelle (séborrhée syphilitique); en outre, la séborrhée est assez souvent un mal idiopathique, auquel on ne peut attribuer aucune cause

certaine de ce genre. Elle persiste généralement pendant des mois et des années, et elle guérit spontanément ou par suite du traitement, d'une manière passagère ou durable, suivant la gravité des causes qui lui ont donné naissance. Une conséquence locale que l'on observe toujours, c'est que les cheveux perdent leur adhérence et tombent abondamment — *effluvium capillorum*, — et, quand la maladie a duré quelque temps, la chevelure s'éclaircit et l'alopécie survient.

Au visage, c'est principalement au front, sur le nez, les tempes et le menton, et, chez les hommes, sur les parties occupées par la barbe, que l'on observe la séborrhée, — séborrhée de la face. Cette variété est parfaitement connue, parce qu'elle est très fréquente. Certaines personnes, particulièrement celles qui ont les cheveux châtains, sont atteintes de cette affection à l'époque de la puberté. Elles ont beau se laver fréquemment la figure au savon, presque aussitôt elle redevient grasse, brillante, et, pour peu qu'elles restent dans une atmosphère imprégnée de poussière, leur figure devient sale, parce que les poussières s'attachent plus facilement à la peau grasse. Ce que l'on a décrit sous le nom de *seborrhæa nigricans* des paupières (Neligan, Wilson) et de blepharomelæma (Law) n'est pas constitué par autre chose que des dépôts de matière sébacée devenus sordides et noirs de la façon que nous venons de dire. La chaleur favorise l'excrétion de la matière grasse. Souvent l'écoulement graisseux se produit d'une façon brusque sur le visage (1). Il n'est pas rare de voir les sourcils et la barbe tomber abondamment à la suite d'une séborrhée localisée sur ces régions.

Sur le nez, notamment vers sa racine, ainsi que sur la partie des joues qui avoisine cet organe, le dessèchement et l'accumulation des produits de la séborrhée forment parfois des croûtes épaisses, sales, d'un noir jaunâtre, qui enveloppent le nez comme le ferait un cornet. Des cas de ce genre ont été souvent considérés comme des néoplasmes de mauvaise nature, cancéreux (2). Si l'on enlève les croûtes avec soin en

---

(1) De même qu'il y a une hyperexcrétion normale de graisse sébacée, de même il y a une hypersécrétion pathologique, et nous n'admettons pas, comme Unna cherche à l'établir, que cette séborrhée huileuse soit une hypéridrose grasse, c'est-à-dire une production sortie du pore sudoral. L'orifice sébacé est si visible chez ces sujets, il est si manifestement le point d'issue de la substance huileuse, ainsi qu'on peut le voir sur le nez et sur le front à la racine du nez chez les séborrhéiques, que l'évidence existe. E. B. — A. D.

(2) On aura raison de songer à l'affection cancroïdale dans les cas de ce genre qui n'en sont souvent que le premier stade, à tous les âges de la vie, mais surtout chez le vieillard; nous aurons à revenir sur ce point. E. B. — A. D.

les prenant par les bords, soit avec une sonde cannelée, soit avec les ongles, ce qui est facile, on voit alors que de la face inférieure de ces croûtes sébacées partent des prolongements en forme de cônes qui s'implantent comme autant de racines dans les orifices élargis des glandes sébacées. Ces croûtes sont formées par les masses graisseuses qui, sortant des follicules sébacés, s'étalent en surfaces aplaties sur la peau. Enfin, ces mêmes régions, particulièrement les sillons des ailes du nez, la région des sourcils, le pavillon des oreilles, les parties du visage qui sont occupées par la barbe, sont fréquemment aussi le siège d'une séborrhée sèche, en ce sens que la peau, qui est modérément rouge, paraît couverte de pellicules minces, sèches, mais fortement adhérentes et qui se prolongent dans les follicules en forme de cônes; ces pellicules résistent opiniâtrement au traitement. La peau, débarrassée de ce dépôt, est un peu rouge, les pores sont élargis, les orifices des glandes sébacées sont béants; enfin, la peau est brillante et s'incruste facilement de nouveau; rarement on la voit saignante et humide. Parfois la congestion sanguine est plus prononcée. Hebra a décrit ces formes d'une manière spéciale sous le nom de séborrhée congestive, et depuis lors on (1) a reconnu qu'elles peuvent être l'avant-coureur ou le prélude du lupus érythémateux, maladie dont nous aurons plus tard à nous occuper en détail (2).

Quelquefois, c'est un état phlegmasique antérieur dont on retrouve encore les traces, et particulièrement l'érysipèle et la variole, qui a été la cause occasionnelle de la production de ces formes de la séborrhée de la face que nous avons décrites en dernier lieu, ainsi que de la séborrhée du cuir chevelu. Certains cas se rattachent, au point de vue étiologique, au développement de la puberté, à une anémie résultant d'une perte de sang, à des maladies fébriles, etc.... Pour d'autres encore on ne peut en déterminer la cause, mais il faut les considérer comme l'expression d'une disposition individuelle de la peau (3).

---

(1) Cazenave. E. B.—A. D.

(2) Ce que Hébra a décrit sous le nom de séborrhée congestive est le lupus érythémateux de Cazenave qui en a, le premier, reconnu la nature réelle; les cas auxquels il est fait allusion dans le texte courant ne sont pas seulement des « avant-coureurs »; ils représentent le lupus érythémateux déjà constitué; le diagnostic entre la séborrhée simple avec congestion et le lupus érythémateux peut être le plus ordinairement établi d'une manière nette, ainsi que nous le préciserons plus loin.
E. B. — A. D.

(3)... résultant soit de conditions accidentelles, soit d'un état constitutionnel *du sujet;* le lymphatisme, par exemple, est une de ces con-

Comme complications et comme conséquences de la séborrhée de la face, nous avons à citer l'eczéma localisé, la dilatation et l'inflammation de quelques-unes des glandes sébacées, la production de comédons et de l'acné, et, dans certains cas, ce processus pathologique qui amène l'altération cicatricielle de la peau, et que l'on a justement reconnu être un lupus érythémateux (1).

Toutes les formes de la séborrhée de la face, après une durée de quelques mois ou de quelques années, guérissent généralement d'une manière spontanée, ou cèdent à un traitement bien dirigé (2).

---

ditions constitutionnelles; une lésion des nerfs de la région, traumatique ou autre, est une des conditions accidentelles locales.

E. B. — A. D.

(1) La séborrhée n'a pas pour *conséquence* l'acné; elle est le *résultat* d'un état pathologique de la glande sébacée dont la dénomination *générique* est acné : *acné sébacée fluente, acné sébacée concrète;* de même du comédon, *acné comédon.*

Quant au *lupus érythémateux*, c'est une affection propre, spécifique, tout à fait distincte, n'ayant de commun avec la séborrhée que la localisation anatomotopographique dans les formes acnéiques, et qu'il est tout à fait sans objet de rapprocher des séborrhées, depuis que Cazenave a montré que ce qui avait été appelé, par Hebra, séborrhée congestive, n'était autre que le lupus érythémateux.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Plusieurs localisations de la séborrhée de la face ont une importance propre et doivent être signalées en particulier.

a). *Séborrhée de la portion exposée de la surface rouge des lèvres :* Bien qu'il n'y ait pas ordinairement de follicules sébacés dans cette région, on y observe quelquefois, se continuant avec une séborrhée typique de la face, une affection lamelleuse, exfoliante, irritable, d'une extrême ténacité, et qui cède aux seuls moyens de traitement qui réussissent contre la séborrhée, les astringents, les substitutifs et surtout les scarifications linéaires convenablement pratiquées.

b). *Séborrhée du nez et de la partie attenante des joues :* Cette localisation est très fréquente, liée à un traumatisme antérieur, à une lésion intranasale ou de cause inconnue; le soufre, le naphtol, et surtout les scarifications linéaires agissent favorablement.

c). *Séborrhée des sourcils et des cils :* Cette affection, dépilante au plus haut degré, n'est pas rare chez les jeunes sujets névropathes, et devient chez eux une cause de *nosomanie* des plus pénibles. Les sourcils et les cils, agglutinés par les croûtes sébacées, tombent avec elles, et il est souvent très difficile d'avoir recours au traitement local indispensable, tant les patients redoutent de toucher, ou que l'on touche, à leurs sourcils. Le traitement local de la séborrhée pilaire en général est cependant, en ce cas, de la plus extrême rigueur.

d). *Séborrhée pityriasiforme de la face* chez les femmes et *séborrhée*

En fait d'autres séborrhées locales, je mentionnerai encore celle de l'ombilic, dans la cavité duquel la graisse et les cellules épidermiques s'accumulent facilement en quantité plus ou moins considérable, prennent une odeur rance et, en se décomposant, deviennent assez irritantes pour donner lieu à une inflammation locale. Puis vient la séborrhée des parties génitales (1). Il est très difficile de décider, dans chaque cas,

---

squameuse des régions de la barbe chez les hommes : généralement confondues avec l'eczéma, ou disqualifiées sous le nom de pityriasis que les médecins emploient avec le sens vague et banal qu'ils appliquent à un grand nombre des termes de la pathologie cutanée, ces localisations de la séborrhée sont assez fréquentes et d'une extrême ténacité; elles s'accompagnent souvent d'une irritabilité particulière de la peau, et ce n'est pas souvent trop de l'expérience spéciale du dermatologiste pour les traiter.

e). Comme dernières localisations, nous signalons la séborrhée squameuse pityriasiforme de *la bordure des cheveux* et *des oreilles*, surtout chez les femmes, presque toujours confondues avec l'eczéma, ou appelées pityriasis, et, partant, traitées irrégulièrement.

Il est vrai de dire qu'il y a, entre certaines séborrhées sèches et certains eczémas secs une telle identité morphologique que toute distinction disparaît; au cuir chevelu et à la face surtout, sinon exclusivement, il est souvent fort difficile au dermatologiste qui ne procède pas par affirmation, mais par démonstration, de dire si l'altération cutanée que l'on observe est un eczéma ou une séborrhée. De même qu'il faut admettre un eczéma *pilaire*, un eczéma *sudoral* ou *idrosique*, il faut reconnaître un *eczéma véritable* ayant pour lieu d'action essentiel, pour localisation anatomotopographique l'appareil sébacé, eczéma *sébacé;* nous reprendrons cette question à l'occasion de l'eczéma, où nous utiliserons les observations très importantes de Unna — Voy. Das seborroische Eczem., *in Monatshefte f. prakt. Dermat. und Syph.*, n° 18, 1887. Anal. *in Annales de Dermatologie*, 2e série, 1887 — sur cette question, dont tous les éléments ont besoin d'être revisés.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Parmi les localisations importantes de la séborrhée qui ne sont pas signalées dans le texte courant, nous mentionnons la *séborrhée pilaire des membres inférieurs*, cuisse et jambe, *simulant* l'ichthyose pilaire sordide vraie et complète, ou les cas excessifs de xérodermie pilaire des jeunes sujets lymphatiques; cette affection, que nous avons toujours vue méconnaître, peut être cependant diagnostiquée avec certitude par tout médecin pourvu d'une bonne méthode dermatologique. Une fois le diagnostic établi, il devient aisé, sinon de guérir la maladie, au moins de donner au sujet le moyen de mettre les téguments dans une situation assez satisfaisante pour que l'affection puisse être dissimulée : bains alcalinisés avec le sous-borate de soude; frictions avec le savon noir jusqu'à ablation des îlots sébacés sordides qui ont pour centre un follicule pilaire; emploi en pommade du β naphtol

s'il s'agit réellement d'une excrétion exagérée de matière grasse, ou s'il n'y a pas plutôt là une accumulation locale des produits normaux de la mue épidermique et de l'excrétion graisseuse. Cette dernière hypothèse semble plus vraisemblable, par exemple, pour le gland et pour la face interne du prépuce, car en cet endroit il n'y a que des glandes peu nombreuses (glandes de Tyson) et c'est le plus souvent chez des individus dont le prépuce est étroitement fermé ou atteint de phymosis proprement dit que l'on rencontre l'état que nous venons d'indiquer. C'est particulièrement dans le sillon balanopréputial que s'accumulent ces matières graisseuses et qui ont une odeur rance, *smegma preputii*. On sait qu'elles donnent naissance à des érosions douloureuses du prépuce et du gland, à un suintement purulent, — balanite, balanoposthite.

De même le clitoris et son prépuce, ainsi que la vulve, deviennent, sous l'influence des mêmes causes, le siège d'inflammation avec sensation de brûlure et sécrétion purulente qui peut être prise par erreur pour une blennorrhagie. Chez de jeunes enfants de faible constitution, ainsi que chez des sujets adultes du sexe féminin que la maladie avait longtemps retenus au lit et affaiblis d'une manière considérable, j'ai souvent observé l'apparition aiguë de séborrhées, de balanites et de vulvites de ce genre (1).

La séborrhée généralisée est infiniment plus rare que la séborrhée limitée.

Chez le nouveau-né, elle est représentée par un vernis caséeux trop abondant, qui se renouvelle encore pendant les premiers jours de la vie et amène une tension de la peau et la formation de déchirures douloureuses. Lorsque cet état occupe tout le tégument, celui-ci, déjà quel-

---

de la résorcine, du soufre, de l'acide salicylique selon l'état de la peau, la tolérance individuelle, etc. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Ces séborrhées sont le plus ordinairement méconnues ; leur intérêt est très grand, et elles mériteraient une description particulière ; généralement, elles sont confondues avec l'eczéma, l'intertrigo, l'herpès, plusieurs espèces de vulvite et de balanite. La coexistence d'autres séborrhées, l'état lymphatique, la fétidité des produits de sécrétion et leur forme, l'état inflammatoire puriforme plutôt que vraiment eczématique des irritations dermoépidermiques secondaires, mettront sur la voie. En tous cas, ce diagnostic est à débattre dans les intertrigos, herpès douteux et prolongés, vulvites et balanites, et dans tous ces cas il y à résoudre la question de savoir si l'on a affaire à une séborrhée simple avec épidermite secondaire, à une variété d'eczéma vrai, ou à un eczéma sébacé, sans préjudice, bien entendu, de la recherche des divers épidermophytes, ou des mycodermes.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ques heures après la naissance, paraît d'une couleur rouge brun; sa surface est brillante comme du satin, elle semble enduite de vernis, ou, suivant la comparaison de Hebra, elle ressemble à du lard rôti, c'est-à-dire qu'elle a un aspect brunâtre, luisant. A la figure, à partir des angles de la bouche, sur les plis des joues, il se forme des gerçures douloureuses; la raideur du nez et de la bouche, la douleur que causent les rhagades, mettent l'enfant dans l'impossibilité de prendre le sein; en quelques jours, il succombe par inanition et par perte de sa chaleur, si l'on ne vient pas à son secours en graissant largement les croûtes afin de les ramollir et en ranimant artificiellement la chaleur de son corps. La vraie dénomination de cet état est ichthyose sébacée ou séborrhée squameuse des nouveau-nés; certains auteurs l'ont qualifiée d'ichthyose congénitale; d'un côté, elle se rapproche des formes d'exfoliation épidermique extra-utérine des nouveau-nés, dont nous aurons à nous occuper; de l'autre, de certaines variétés qui paraissent tenir à un arrêt dans le développement du fœtus, dont le type est encore à décrire.

Cette lésion est reproduite dans un dessin donné par Behrend en 1839, d'après la description d'un enfant faite par Steinhausen.

Ce dessin se trouve au Musée de Berlin, sous le titre d'*inscrutatio s. scutulatio*. Sievruk, Vrolik (1854), Löcherer (1846), Kyber et Hans Hebra (1881) ont publié des faits complètement analogues. Toutefois, il existe certainement une ichthyose congénitale vraie dans le sens d'une ichthyose fœtale, ainsi que le démontrent deux cas récemment communiqués par Caspary.

Chez les adultes, la séborrhée généralisée se montre quelquefois sous forme de lamelles brillantes, en état de desquamation constante, couvrant plus spécialement le tronc et le côté de l'extension des membres. Les cas de ce genre se rencontrent le plus souvent chez des individus atteints de marasme, aussi leur donne-t-on le nom de *pityriasis tabescentium*. Ou bien la maladie se présente sous la forme plus rare de *cutis testacea* ou *ichthyosis sebacea*, dans laquelle la plus grande partie de la surface de la peau, en particulier du tronc et des membres sur le côté de l'extension, est couverte de croûtes d'un brun verdâtre et noirâtre. Les croûtes se divisent en petits fragments qui correspondent aux sillons et aux lignes profondes de la peau, elles sont minces, aplaties ; sur d'autres points, elles sont accumulées les unes sur les autres et saillantes comme des cornes ou comme les poils du hérisson, et peuvent être détachées. La peau apparaît alors normale, sa couleur ne va pas au delà d'une rougeur modérée, mais on y voit de nombreux orifices sébacés dilatés, dans lesquels s'implantent les croûtes par des prolongements filiformes.

En considération des symptômes que nous venons de décrire, le diagnostic de la séborrhée est en général assez certain. Suivant les circonstances, cependant, il peut présenter quelques difficultés, en raison précisément de la diversité que les différences de forme, d'intensité et de localisation peuvent amener dans les symptômes de la maladie. Mais comme vous ne connaissez pas, jusqu'à présent, les caractères différentiels des affections qui ont une certaine analogie avec la maladie que nous étudions actuellement, je me bornerai à vous les indiquer ici d'une façon sommaire. Je vous ferai donc remarquer, seulement afin d'éviter toute obscurité, que la séborrhée du cuir chevelu peut en général être confondue avec toutes les maladies de la peau qui entraînent le dépôt de croûtes et de pellicules sur le cuir chevelu, formes qui toutes étaient confondues jadis sous le nom de teigne (*Kopfgrind*), dénomination qui n'a aucune signification au point de vue nosologique ; ce sont avant tout l'eczéma squameux et impétigineux, puis le psoriasis, l'herpès tonsurant et le favus. Relativement à ces deux dernières maladies, on ne pourrait les confondre avec la séborrhée que si l'on ne tenait pas compte de la caractéristique qui leur appartient, c'est-à-dire d'un parasite végétal que le microscope permet de reconnaître ; quant à l'eczéma, pour en établir le diagnostic, il faut, pour compléter l'ensemble du tableau pathologique de cette maladie, tenir compte des altérations qui se produisent simultanément avec elle sur d'autres points de la peau.

La séborrhée du visage doit être distinguée de l'eczéma, du psoriasis et du lupus érythémateux ; ce dernier amène toujours, en outre de la rougeur, une altération cicatricielle de la peau. Dans la séborrhée des parties génitales, particulièrement quand il existe en même temps une balanite et des érosions sur le gland et sur le prépuce, n'oubliez pas qu'il est possible que vous ayiez affaire en même temps à une infection syphilitique ; aussi devrez-vous être très circonspects dans le jugement que vous aurez à prononcer, c'est-à-dire que vous vous donnerez le temps suffisant pour bien observer le malade avant de porter un pronostic sur son cas.

Il est impossible de méconnaître la séborrhée généralisée des nouveau-nés. Celle des adultes peut, au contraire, facilement être confondue avec l'ichthyose. Dans la séborrhée, on peut détacher complètement les croûtes d'une manière mécanique et en les ramollissant ; alors la peau apparaît modérément rouge, ses pores sont toujours agrandis, mais elle est d'ailleurs normale, souple, lisse ; le mal est guérissable. Au contraire, l'ichthyose, qui est toujours une maladie dont le début remonte à l'enfance, est incurable ; dans cette affection, les squames ne s'enlèvent que difficilement et d'une façon incomplète, la peau reste épaissie, verruqueuse, traversée par des sillons profonds (il y a

hypertrophie de la peau et des papilles), et les squames se reproduisent promptement.

Le pronostic de la séborrhée, soit locale, soit générale, est favorable; on peut toujours améliorer rapidement la maladie, et, dans la plupart des cas, on peut la guérir d'une manière durable. En dehors de la difformité locale, de la gêne que cause la tension des tissus, de la production de gerçures et de déchirures douloureuses, ainsi que des complications qui surviennent parfois au visage, eczéma, comédons et acné, la séborrhée n'exerce aucune influence mauvaise sur l'état général. Il n'y a que l'ichthyose sébacée des nouveau-nés qui puisse, comme je l'ai mentionné, devenir menaçante pour la vie.

Pour le traitement de la séborrhée, la ligne générale à suivre est indiquée par les principes que j'ai exposés dans la thérapeutique générale. Comme il s'agit toujours ici de dépôts de produits pathologiques (secondaires), de squames graisseuses et épidermiques et de croûtes, le premier problème du traitement consiste à les faire disparaître, principalement à les ramollir, à les détacher et les enlever.

On y arrive très vite par des applications huileuses, suivies de lotions savonneuses.

Pour dissoudre les squames et les croûtes, l'huile d'olive simple, l'huile de morue, le pétrole, le beurre, la graisse de porc peuvent être employés. Les additions de zinc, de mercure, d'acide phénique ou salicylique, etc., sont tout à fait accessoires et superflues. Le principal, c'est toujours de prendre de l'huile ou une graisse et de l'employer en telle quantité et d'après une telle méthode que l'on arrive le plus complètement, et le plus rapidement possible, au but que l'on se proposait.

Quant à l'application, elle pourra ou elle devra subir certaines modifications, suivant le siège et l'intensité de la maladie, suivant aussi les conditions propres du malade.

Dans la séborrhée du cuir chevelu, on applique l'huile au moyen d'un pinceau, d'un morceau d'éponge ou avec un plumasseau de charpie; en pressant et en frottant, on fait pénétrer l'huile en aussi grande quantité que possible dans les croûtes, puis on recouvre la tête avec un bonnet de flanelle ou un bonnet turc (fez) non coloré. On applique l'huile de cette façon quatre ou cinq fois par jour et on la laisse séjourner pendant la nuit. Dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, les dépôts les plus épais de croûtes peuvent être ramollis suffisamment pour qu'on puisse les morceler avec le doigt et les détacher. Avec les croûtes laiteuses de la tête des petits enfants à la mamelle (*Gneis*), il faut agir avec une douceur toute particulière; il n'est pas nécessaire d'arriver immédiatement à un résultat complet; ce qu'il faut avant tout, c'est user de précaution et de douceur, afin de calmer les inquiétudes des mères

et de vaincre les préjugés des nourrices. Chez les hommes adultes, on peut faciliter beaucoup cette partie du traitement en coupant les cheveux ras ; chez les femmes, cette pratique, qui n'est pas indispensable, serait une véritable cruauté (1).

Quand les croûtes et les squames sont complètement ramollies et devenues friables, on les enlève par le lavage, avec le savon ordinaire ou un savon de toilette quelconque, ou le savon noir; quand la peau est tendre, sensible, comme chez les enfants, il vaut mieux avoir recours au savon liquide de glycérine ; chez l'adulte, au contraire, on emploiera l'esprit de savon de potasse de Hebra, et cela parce qu'il contient de l'alcool, qui dissout bien la graisse et que, probablement aussi, il exerce une influence excitante sur la tonicité des glandes sébacées. Ce savon est préparé d'après la formule suivante :

Rp. Savon vert, 100 grammes.
Dissolvez à une chaleur douce dans: Esprit de vin, 200 gr.

Filtrez et ajoutez :
Huile de lavande et huile de bergamote, ââ, 3 gr.
Mêlez. Filtrez. = Esprit de savon de potasse.

Pour pratiquer le lavage, on se sert d'un linge rude (flanelle) ou de ce qu'on appelle une éponge à frotter (serviette-éponge), sur lequel on verse le savon liquide, ou l'on frotte avec le savon dur jusqu'à ce qu'il fasse de la mousse ; puis on lave à l'eau tiède ou froide autant que cela

(1) Tel n'est pas notre avis : s'il est bon de couper les cheveux ras chez les hommes pour rendre le traitement facilement exécutable, cela ne saurait être mauvais pour les femmes ; ce n'est donc, pour ces dernières, qu'une question de mesure. Personne ne sacrifiera inutilement une chevelure de femme alors que cela pourra être évité ; mais, on ne saurait l'ignorer, il y a des cas dans lesquels l'affection est à ce point intense par son degré et par la rapidité de son évolution alopécique que ce sacrifice s'impose, et qu'il n'y a aucune cruauté à le réclamer. Nombre de femmes n'ont pas le temps qu'il faut pour exécuter le traitement avec une longue chevelure, et quand les cheveux s'arrachent par touffes aux moindres frictions, les malades vont d'elles-mêmes au-devant de la prescription et ont parfois déjà les cheveux coupés quand elles arrivent au médecin spécial ; chez elles, l'art *inné* de suppléer à la nature simplifie beaucoup les choses. En fait, il est aisé de comprendre que s'il y a une maladie grave (et la séborrhée dépilante mérite souvent cette épithète) du cuir chevelu, il est infiniment plus aisé, à tous les titres, de faire le traitement convenable avec les cheveux ras qu'avec une longue chevelure. Nous reviendrons sur ce point à propos du traitement des alopécies. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

est nécessaire. Par ce procédé, on arrive sûrement à nettoyer complètement la tête (1).

Comme complément, on enlève encore les derniers restes de savon en versant de l'eau tiède ou froide, ou à l'aide de douches ; puis on essuie la tête et on la sèche.

Au cours de l'application de cette méthode, on verra une grande partie des cheveux enchevêtrés par des masses de graisse et de croûtes et, par suite, d'un aspect très « luxuriant » se détacher et tomber, et certains malades, qui, avant le lavage paraissaient avoir encore une chevelure assez abondante, sont presque chauves après cette opération. Effrayés de ce résultat, les patients ne manquent pas d'attribuer cette perte de cheveux à l'emploi de « médicaments trop énergiques ». Voici la réalité : Le développement de la séborrhée entraîne, comme je vous l'ai fait remarquer plus haut, le défaut d'adhérence des cheveux et leur chute abondante ; beaucoup de cas d'alopécie même doivent être uniquement attribués à cette altération, cependant on peut, avec assez de confiance, faire espérer aux malades une nouvelle pousse suffisante des cheveux après la guérison de la séborrhée, quand cette maladie ne remonte pas à plusieurs années.

Ainsi lavée et débarrassée de croûtes, la peau apparaît alors un peu rouge, brillante et tendue à mesure qu'elle se sèche ; il en résulte une sensation fort désagréable, l'épiderme est très mince, se déchire facilement et les dépôts de matière sébacée se renouvellent rapidement ; on protège les malades contre ces divers accidents en enduisant la peau avec de l'huile ou des pommades, par exemple : huile d'olive, 50 gr., baume du Pérou, 1 gr. ; ou : onguent émollient, 25 gr., oxyde de zinc, 0 gr. 50, huile de baies de laurier, 5 gr., etc.

---

(1) Ces procédés de nettoyage sont excellents, mais beaucoup de nos malades ne les supportent pas bien ; les uns ont de véritables poussées de dermite eczémateuse, les autres conservent à la suite de ces applications un état d'érythème lisse squamulaire.

Chez les sujets qui ont les cheveux ras pendant la durée du traitement, un savon de toilette de bonne qualité convient très bien : avec une éponge et de l'eau chaude, le lavage est fait rapidement et facilement, chez les femmes qui ont les cheveux longs, la décoction de racines de saponaire d'Orient, ou même de saponaire ordinaire, mieux encore la décoction savonneuse d'écorce ou de poudre d'écorce de quillaya ou bois de Panama, suffit parfaitement, surtout si l'on a fait, au préalable, sur la peau de la tête, une friction avec un jaune d'œuf étendu d'une cuillerée d'eau ; le nettoyage se termine par une lotion d'eau *chaude* simple ; chez quelques sujets très irritables, la friction au jaune d'œuf, suivie d'une lotion avec de l'eau de son *chaude*, suffit si elle est exécutée avec le soin nécessaire. E. B. — A. D.

Au bout de quelques jours, si l'épiderme s'est reproduit avec une épaisseur suffisante et si la peau a perdu sa sensibilité, il faut encore pendant plusieurs semaines brosser le cuir chevelu avec l'esprit de vin pur ou additionné, par exemple : esprit de vin, 100 gr., acide phénique, 0,15 ; ou acide borique, acide salicylique, 3 gr., glycérine, 1,50 ; soit chaque jour, soit trois fois par semaine, suivant la rapidité avec laquelle les squames se reproduisent.

Mais, comme les divers savons et les alcooliques dégraissent fortement l'épiderme et le rendent dur et cassant, il est convenable de le graisser de temps en temps avec une huile ou une graisse anodine, avec une pommade quelconque.

Il peut être nécessaire de continuer ce traitement consécutif pendant des semaines et même des mois.

Contre la balanite séborrhéique, il n'est pas bon de faire des lavages trop fréquents, comme souvent on y est enclin ; il vaut mieux appliquer de la charpie, ou un peu de linge sec et poudré, et, quand il y a des points excoriés, humides, il est préférable de mettre des linges imbibés de solutions astringentes ou couverts de pommades, comme : carbonate de cuivre (verdet), 0 gr. 15, eau de fontaine, 25 gr.; ou acétate de plomb basique, 0,50, eau de fontaine, 30; ou onguent émollient, 20, oxyde de zinc, 2,25.

Comme je vous ai exposé dans tous ses détails la méthode de traitement local qui convient à la forme de la séborrhée que l'on a le plus souvent occasion de traiter, c'est-à-dire à la séborrhée du cuir chevelu ; je serai très bref au sujet des séborrhées localisées sur d'autres points de la peau, spécialement ceux qui ne sont pas pourvus de poils. Ici, comme partout, la première condition du succès est de ramollir les croûtes, de les détacher et de les enlever par des lavages, puis de faire de temps à autre des lotions alcooliques et des applications de pommades. Le *modus faciendi* varie suivant le siège qu'occupe la maladie et suivant les circonstances. C'est ainsi que l'on fera disparaître le plus promptement possible les croûtes épaisses du visage en appliquant des compresses enduites de pommade ou d'huile, que l'on fixe solidement à l'aide d'étoffes moins perméables que la toile, comme de la flanelle.

De même, le lycopode, l'amidon, la talc de Venise pulvérisé, le kaolin, etc., trouvent ici occasionnellement leur emploi, par exemple en application entre le prépuce et le gland, ou pour saupoudrer et nettoyer la figure enduite de pommade, car on ne peut la laisser ainsi reluisante de graisse, etc.

Les principes et les moyens de traitement de la séborrhée généralisée sont absolument ceux de la séborrhée localisée. Ainsi, un enfant

atteint d'ichthyose sébacée (*cutis testacea*) doit être énergiquement frotté avec de l'huile ou de la graisse, ou enveloppé dans des linges enduits de pommade appropriée, et cela méthodiquement, de façon que les membres, les plis des orteils, le visage, etc., soient enveloppés de pièces de linge séparées et ajustées sur les parties, et recouverts d'un masque ou de bandages de flanelle. En outre, pour conserver à l'enfant la chaleur de son corps, on l'enveloppera dans des langes de laine ou de tous autres tissus mauvais conducteurs du calorique ; enfin, chaque jour on le lavera avec du savon dans un bain chaud, et, après l'avoir bien essuyé et séché, on l'enduira de nouveau de graisse.

Il faut procéder de même dans l'ichthyose sébacée des adultes. Dans cette affection, pour ramollir les croûtes, on peut enduire pendant plusieurs jours le malade avec du savon noir ou de l'huile de morue, puis on le couche entre des couvertures de laine ou on l'habille de flanelle. Quand on a réussi à ramollir les croûtes, on continue le traitement avec des bains, des savonnages, des douches et des frictions grasses, dont on prolonge l'usage jusqu'à ce que la peau ait repris son état normal.

Enfin, comme certaines séborrhées localisées, particulièrement celle de la tête et du visage, sont produites par des causes éloignées, anomalies d'autres organes ou de l'ensemble de la nutrition, ainsi que je vous l'ai dit, telles que le gastricisme chronique ou la chlorose, il faut, indépendamment du traitement local, faire aussi usage de certains médicaments internes dirigés contre ces causes. On conseillera donc aux malades l'emploi des amers, comme la gentiane, la rhubarbe, les eaux minérales alcalines et ferrugineuses, le fer, etc.; on leur indiquera le climat et le régime diététique qui leur conviennent; enfin, on prolongera toujours l'emploi de ces médicaments dans les cas où l'on croira prévoir une récidive (1).

---

(1) En termes clairs, la séborrhée, comme la plupart des autres affections de la peau, réclame le concours non seulement du dermatologiste, mais encore du médecin ; les moyens locaux employés seuls ne suffisent pas ; il faut toujours en venir à traiter *le malade* selon les indications qui résultent de son état constitutionnel, ou des conditions accidentelles dans lesquelles il est placé : le fer, l'arsenic, le soufre, l'huile de morue, les médicaments nervins, etc., etc., sont au nombre des mieux appropriés, mais cela sans aucune idée préconçue ou systématique, et en se basant sur ce que réclame la situation de chaque malade en particulier.

Un grand nombre d'eaux minérales peuvent être employées avec grand succès : Spa, Salins, Salies ou Kreutznach ; Luchon, Cauterets, Uriage, Challes, Saint-Gervais, la Bourboule, etc., etc.

On n'oubliera pas que, dans les séborrhées localisées, l'état des

Contre la séborrhée généralisée sèche, que l'on observe chez les scrofuleux et les tuberculeux, l'usage interne de l'huile de foie de morue doit être recommandé, à moins que des circonstances spéciales ne le contre-indiquent.

Je n'ai que peu de chose à vous dire relativement à l'état des glandes sébacées opposé à celui dont nous avons parlé jusqu'ici, c'est-à-dire relativement à la diminution de la sécrétion de la graisse ou astéatose de la peau. Cet organe, manquant de son enduit huileux physiologique, présente un épiderme sec, friable et s'exfoliant de temps à autre, pityriasis simple. Cette affection se trouve rarement à l'état idiopathique et indépendant; le plus souvent, ce n'est qu'un symptôme partiel d'une autre maladie de la peau, congénitale, par exemple de la xérodermie, de l'ichthyose, du prurigo, ou d'une maladie acquise, comme l'éléphantiasis des Grecs, le psoriasis, le lichen ruber, absolument comme l'anidrose ; c'est pour cela même que l'astéatose généralisée est rare et qu'elle est, au contraire, limitée à des portions plus ou moins considérables de la peau, enfin qu'elle est ou persistante, ou, comme les maladies cutanées auxquelles elle se rattache, passagère et mobile.

Souvent l'astéatose de la peau est produite artificiellement par l'influence de certains agents qui retirent à l'épiderme d'une façon persistante une trop grande quantité de graisse. C'est ce que font le savon et la lessive sur les mains des laveuses, et les produits chimiques dans certaines industries. Dans ces cas, la paume de la main présente un épiderme généralement épaissi et dur, manquant d'élasticité et, par cela même, se déchirant facilement; les doigts restent courbés et ne peuvent pas être étendus, même passivement. Les gens qui, par habitude, se lavent journellement le corps entier avec de l'eau froide contenant des sels de chaux et de potasse (eau dure) ont pareillement une peau sèche, sans graisse, couverte de pellicules ; souvent cet état amène du prurit et de l'eczéma.

La durée et la curabilité de l'astéatose de la peau dépendent, pour chaque cas, des causes qui ont amené la maladie.

Nous ne connaissons aucun mode de traitement qui puisse réveiller l'activité de sécrétion des glandes sébacées. Faire disparaître les causes du mal, guérir la maladie cutanée concomitante, éviter les substances nuisibles dont l'action soustrait la graisse de la peau, tels sont les

---

organes sous-jacents devra toujours être examiné avec soin, l'état des fosses nasales, par exemple, dans la séborrhée nasale ; et que les scarifications répétées constituent, pour les cas rebelles, un véritable moyen de salut. E. B. — A. D.

objectifs que doit se proposer la thérapeutique, qui, en outre, devra s'occuper de fournir de la matière grasse à l'épiderme, au moyen des frictions avec l'huile de morue, l'axonge, etc. Mais, comme toutes les graisses, aussitôt qu'elles deviennent rances, irritent la peau, il faut les ôter souvent, à l'aide du savon et des bains. Sous ce rapport, la vaseline en frictions est d'un excellent usage (1).

Nous avons maintenant à nous occuper de certaines formes morbides intéressantes, qui sont produites par un trouble survenu dans l'excrétion des glandes sébacées, anomalies de sécrétion des glandes sébacées ou formes résultant de la rétention de la matière sébacée. Ce qui les caractérise, c'est que les produits sécrétés, épiderme et matière grasse, ne sont pas versés au dehors, mais sont retenus dans le canal excréteur propre à chaque lobule, ou dans le canal commun, ou dans la glande elle-même. Les poils follets, arrivés au moment de leur chute physiologique, restent parfois aussi dans le canal excréteur avec le produit de sécrétion des glandes sébacées.

Les faits que l'on rencontre dans ces maladies sont nombreux et variables, quelques-uns très compliqués, d'autres entièrement inexpliqués.

Les faits les plus simples sont ceux du trouble mécanique de l'excrétion : quand le canal excréteur commun du bulbe pileux est obturé par des substances étrangères, comme le goudron ou de la poussière, ou quand le canal excréteur de la glande sébacée est déformé, détruit par une cicatrice, il est facile de se rendre compte que le produit de sécrétion ne peut être expulsé au dehors. On comprend aussi que, dans ces conditions, les glandes sébacées sécrétant encore d'une manière normale, et pendant un certain temps, des cellules épidermiques et de la graisse, ces produits ne pouvant s'écouler distendent mécaniquement le canal excréteur et la glande elle-même; ultérieurement, par leurs altérations chimiques, ils exercent une action irritante sur les glandes, qui peuvent alors devenir le siège d'une prolifération exubérante et même d'une inflammation plus ou moins violente. Telles seraient donc les formes simples de rétention par cause mécanique, dans les cas d'occlusion du canal excréteur, comme le comédon dû au goudron, le milium dans le voisinage de cicatrices et certains stéatomes (2).

---

(1) Contre l'astéatose proprement dite, après la suppression des causes provocatrices extérieures, la sudation provoquée est le moyen le plus actif; les corps gras, huile de vaseline, lanoline, crème de glycérine et de lanoline, sont d'excellents adjuvants. E. B. — A. D.

(2) L'acné qui suit les applications trop prolongées du goudron, de

Mais ces mêmes formes se présentent aussi avec un canal excréteur ouvert. Il n'y a donc aucune autre cause à laquelle on puisse, dans ces cas, attribuer la rétention de la sécrétion sébacée, qu'une hypersécrétion (prolifération), ou une altération de la qualité de ce produit; on est d'autant plus autorisé à l'admettre que, dans ces circonstances, les matières contenues dans la glande présentent réellement une différence chimique notable avec le produit de la sécrétion normale des glandes, comme dans le milium et le molluscum sébacé.

Au lieu, par exemple, de subir, comme à l'état physiologique, une transformation graisseuse, les cellules sécrétées par les glandes se racornissent comme celles du réseau muqueux, ainsi que cela a lieu dans le milium ordinaire, ou bien elles se transforment en tissu colloïde, comme dans le milium colloïde (1), ou en tissu amyloïde ou hyaloïde, comme vraisemblablement dans le molluscum contagiosum. Ces divers états empêchent les cellules sécrétées de se dissoudre et d'être expulsées.

Je voudrais, en outre, admettre comme troisième cause prédisposant à la rétention de la matière sébacée une diminution dans la tonicité des muscles de la peau, des muscles érecteurs des poils, qui envoient des ramifications aux glandes sébacées ainsi qu'aux parois glandulaires elles-mêmes, conditions que l'on observe dans beaucoup de circonstances, notamment dans les cas de ralentissement de la nutrition (chloro-anémie, scrofulose, etc.) (2).

---

l'huile de cade, etc., a pour localisation habituelle le follicule sébacéopilaire; c'est une variété d'acné *pilaire*, de cause externe, ayant pour origine primitive, directe, essentielle, l'action irritante du goudron, et ne résultant ni de l'occlusion du pore sébacé, ni de la formation d'un bouchon de goudron dans le conduit excréteur.

Il n'y a pas lieu de placer l'acné du goudron à côté de l'acné comédon, du milium, ni des stéatomes; et, d'autre part, il n'est pas moins inopportun de rapprocher du comédon proprement dit l'agrégat de poussière qui peut se former dans le pore sébacé lui-même; jamais ces poussières ne forment de comédon véritable; si elles sont irritantes chimiquement, elles peuvent, à ce titre, être une cause d'acné, mais ce n'est jamais, ni l'encombrement du pore sébacé, ni la formation d'un bloc de poussières qu'il y a lieu d'invoquer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il n'y a pas de « milium colloïde »; nous avons déjà rectifié cette erreur dans la première édition française de cet ouvrage, page 234, note 1, et plus loin, p. 211, note 1. E. B. — A. D.

(2) C'est ce que nous avons indiqué dans une note de la précédente édition :

La consistance du contenu des glandes sébacées et sa propulsion *a*

Cependant, il y a encore d'autres faits qui, comme je l'ai dit, restent complètement obscurs.

Les formes que nous avons à considérer de préférence au point de vue dermatologique sont le comédon (Mitesser), le milium ou grutum, l'état granité de la peau (Hautgries) et le molluscum verrucosum ou sebaceum, ou contagiosum. L'athérome, le cholestéatome, les cryptolithes sont plutôt l'objet de la chirurgie.

Les comédons (*Mitesser, acne punctata*) sont des points qui se montrent sur la peau, gros comme une pointe d'aiguille ou une tête d'épingle, d'une couleur allant du jaune blanc sale au brun et au noir; ils correspondent à l'orifice libre des glandes sébacées et représentent l'extrémité, en contact avec le dehors, d'un bouchon qui remplit le canal excréteur commun. Rarement ils font une certaine saillie au-dessus du niveau de la peau. En exerçant une pression latérale sur le comédon, le bouchon se trouve poussé à travers l'orifice et sort sous forme d'un corps allongé. Avec sa partie supérieure qui présente une coloration foncée, ce corps ressemble un peu à un ver à tête noire; de là vient la croyance populaire que c'est un petit animal, ainsi que la désignation vulgaire qu'on lui donne (*Mitesser*) (1).

Le siège ordinaire des comédons est la peau du front, du nez, des tempes, de la poitrine et du dos; sur ces différents points, on les trouve parfois en quantité énorme, ou bien ils sont disséminés par groupes, ou même ils sont serrés en masses saillantes, semblables à des verrues (verrues sébacées, Hebra ; disque de comédons, Ribbentrop); cependant, on les rencontre aussi sur d'autres parties du corps, particulièrement sur la peau de la verge.

Quelques comédons surviennent accidentellement chez tous les indi-

---

tergo par les générations successives de cellules ne sont pas les seuls agents d'expulsion du produit glandulaire; l'action élastique du tissu dermique, la contraction de ses fibres lisses, entrent certainement en ligne de compte pour une part peut-être plus grande que l'on ne peut se le représenter; mais il est difficile actuellement d'établir ces faits d'une manière péremptoire. On verra plus loin que l'auteur admet l'action de cet ordre de causes de rétention, mais en la limitant au canal excréteur. En tous cas, il y a lieu de tenir compte de cette perte de tonicité, de cette atonie, au sens propre du mot, du système sébacé, dans l'interprétation du mode d'action des agents thérapeutiques employés ou à employer. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Comédon, de *comedere* manger, ronger, perforer à la manière d'un ver, s'applique à la masse solide, cylindroconique, représentant le moule exact du *canal excréteur* du follicule sébacé qu'il a rempli et distendu activement E. B. — A. D.

vidus. Après une durée plus ou moins longue, le bouchon devient mobile et il est chassé au dehors, soit par le produit de sécrétion qui le pousse par derrière, soit par la pression mécanique, ou enfin par le frottement qu'il subit quand on se lave. Pendant quelque temps on voit l'orifice béant de la glande. La présence des comédons en grand nombre constitue une affection désagréable et défigurante; alors même que ceux-ci se détachent et tombent les uns après les autres; l'affection paraît alors stationnaire et en même temps bizarre par le fait de la reproduction constante de nouveaux comédons, ainsi que par leur quantité absolue.

La maladie se développe généralement à l'âge de la puberté chez les sujets des deux sexes; chez ceux du sexe masculin, elle se prolonge souvent jusqu'à vingt ou trente ans, tandis qu'elle disparaît plus tôt chez ceux du sexe féminin. Elle est souvent associée à la séborrhée huileuse de la face et souvent aussi est le point de départ de l'acné inflammatoire, par suite de l'irritation que les éléments, retenus dans les glandes sébacées, exercent sur ces glandes et sur la peau qui les environne (1).

Jusqu'à un certain point aussi, la cause des comédons est la même que pour la séborrhée de la face (chlorose, cachexie). Les causes occasionnelles sont l'oblitération des orifices glandulaires par du goudron ou par de la poussière quand on séjourne dans une atmosphère imprégnée de ces substances (fabriques de goudron) (2), ou encore la négligence que l'on apporte à nettoyer convenablement la peau avec des lavages au savon dans les cas de sécrétion graisseuse abondante.

Pour la production des comédons qui se forment en dehors de ces conditions, il est assez difficile d'indiquer un motif plausible; ce qu'il y a de mieux à faire est d'en chercher la cause dans les conditions anatomiques (3).

---

(1) L'adénite et la périadénite qui, à plus ou moins longue échéance, se développent dans le follicule sébacé dont le canal excréteur est occupé par un comédon, varient en intensité dans de très grandes proportions chez les différents sujets; ces variations constituent les variétés cliniques assez nombreuses de l'acné dite papuleuse, tuberculeuse, pustuleuse, phlegmoneuse. E. B. — A. D.

(2) Voyez la note 2, page 203. E. B. — A. D.

(3) Les conditions anatomiques sont les mêmes chez tous les sujets; ce qui est variable, ce sont les conditions physiologiques de l'évolution des glandes sébacées et des follicules pileux à l'âge de la puberté, leur fonctionnement perturbé chez les sujets lymphatiques, l'altération du produit de sécrétion retenu par l'atonie des agents d'excrétion; si les conditions très hypothétiques qui vont être invoquées jouent un rôle, ce rôle n'est certainement pas prépondérant. E. B. — A. D.

Le comédon se compose d'une enveloppe périphérique, formée de cellules épidermoïdales, dans laquelle est contenue une matière constituée par un mélange de graisse (cholestérine), de cellules épidermiques graisseuses et fragmentées, ainsi que de poils follets (de 3 à 12) et d'acares des follicules qui s'y trouvent déposés. Dans de vieux cylindres de comédons, épaissis, desséchés et cassants, j'ai souvent trouvé des corps semblables à ceux que l'on a décrits comme appartenant spécialement au molluscum. Si l'on extrait la graisse à l'aide de l'alcool et de la térébenthine, il ne reste plus que les petits poils et les éléments épidermoïdaux, mais spécialement la partie périphérique du comédon, sous la forme d'une gousse en forme de tulipe. Les cellules qui constituent cette dernière proviennent de la couche muqueuse du conduit excréteur et des restes de la gaine de la racine, les parties constituantes de l'intérieur du comédon, excepté les poils follets, émanant des glandes sébacées.

Unna pense que la coloration brun noir de la tête du comédon est due au bleu d'outre-mer, qui existe normalement dans la sécrétion cutanée; d'autre part, Krause repousse cette interprétation. Je crois que l'épiderme kératinisé et la graisse, partout où ces substances restent longtemps exposées au contact de l'air, prennent une teinte foncée, et qu'en même temps les poussières atmosphériques contribuent à cette coloration.

D'après l'examen anatomique, ainsi que d'après l'observation clinique, le siège anatomique du comédon paraît être le canal excréteur de la glande sébacée, ou le canal excréteur commun de cette glande et du bulbe pileux, et cela suivant les divers points où on l'observe.

Or, dans les points qui sont le siège de prédilection des comédons, comme le front, le nez, le dos, etc., et en même temps le siège des poils lanugineux, on trouve cette disposition anatomique que Biesiadecki a rendue tout à fait évidente, à savoir que les glandes sébacées de ces régions de la peau s'ouvrent au dehors par un canal excréteur large. Les follicules pileux forment un appendice des glandes sébacées et s'abouchent à angle obtus, quelquefois même à angle droit dans leur canal excréteur, de façon que le poil venant du bulbe vient heurter avec sa pointe la paroi opposée du canal excréteur, et parfois se roule de haut en bas (fig. 15, Biesiadecki). Ce poil doit ainsi produire une irritation sur ce point et déterminer une prolifération de l'épiderme qui revêt extérieurement le canal excréteur, par suite de laquelle se forme l'enveloppe qui renferme le contenu sébacé. Ainsi s'expliquerait ce fait que la formation des comédons a lieu précisément au moment de la puberté. On sait, en effet, que, dans cette période de la vie, il se fait une poussée plus active de poils. Les petits poils lanugineux sont plus rapidement

produits et tombent plus vite. Tandis que les petits poils qui poussent hors des follicules déterminent une irritation locale, les poils plus anciens qui se détachent des papilles dans le renouvellement physiologique du système pileux arrivent dans le conduit excréteur large des glandes sébacées et s'arrêtent ici dans une agglomération de cellules, de débris de cellules et de graisse, qui représente les éléments constitutifs du comédon (fig. 15, *b*,*b'*).

Sur d'autres points du corps, aux membres par exemple, où la rela-

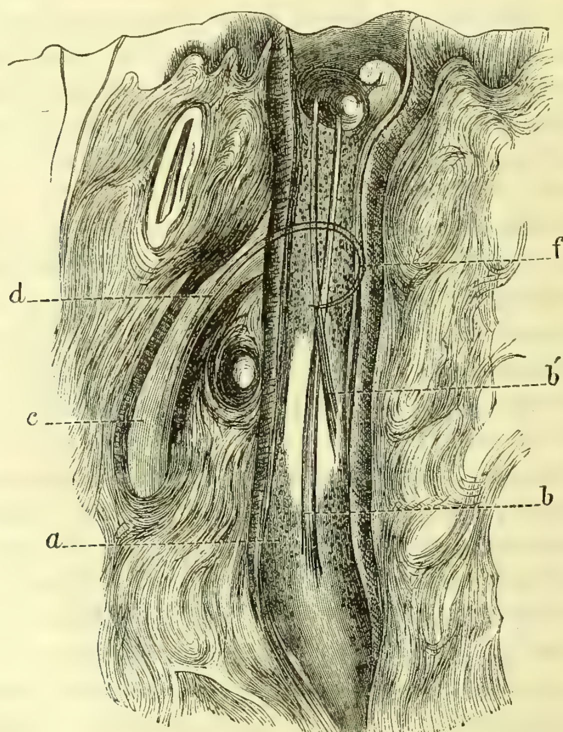


Fig. 15.

Coupe d'un comédon.

a canal excréteur de la glande sébacée rempli par le comédon. Dans ce canal deux petits poils follets effilés à leur extrémité inférieure *b*, *b'*. Le petit follicule pileux *c* s'abouche en pointe; son poil *d* touche contre la paroi opposée du canal excréteur de la glande sébacée et se recourbe en bas en *f*.

tion est renversée, de telle façon que ce sont les glandes sébacées qui s'abouchent dans le follicule pileux, le canal excréteur de ce dernier est commun pour les deux, et est, à l'occasion, le siège d'un comédon.

On comprend facilement que l'occlusion mécanique du conduit excréteur par du goudron, de la poussière, etc., peut être la cause de la formation de comédons; nous vous avons déjà mentionné ce fait.

Mais je suis également porté à admettre dans tous ces cas une diminution de la tonicité de la paroi du canal excréteur.

Le traitement des comédons consiste dans leur extraction. On la pratique en les exprimant simplement à l'aide des ongles des deux pouces, ou bien on se sert pour cela du petit instrument proposé par Hebra qui conduit au même résultat (*Comedonquetscher*). C'est un petit tube métallique, long de 4 centimètres, conique, dont l'extrémité étroite porte un rebord mousse et dont la partie supérieure présente deux yeux sur les côtés. On l'applique par son bout étroit perpendiculairement à la peau au-dessus de chaque comédon; puis, par une pression brusque, on les fait sortir dans la cavité du petit tube. Piffard, O. Simon, Unna ont également proposé des instruments appropriés pour arriver au même résultat. En outre, on fait usage des moyens qui ont été recommandés plus haut contre la séborrhée ; lavages savonneux, badigeonnages avec les alcooliques, etc., dans le but de diminuer la sécrétion de la graisse et de réveiller la tonicité des glandes; enfin on a aussi recours aux méthodes de traitement dont l'utilité est démontrée contre l'acné qui existe ordinairement en même temps que les comédons, et dont nous parlerons plus tard.

Le *milium* ou *grutum*, calculs cutanés, état granité de la peau (Hautgries) est constitué par des corpuscules du volume d'un grain de millet à celui d'une tête d'épingle, d'un blanc jaune ou laiteux, disséminés dans l'épaisseur de la peau, ou légèrement saillants, que l'on voit briller à travers l'épiderme, durs au toucher, arrondis, de forme globuleuse.

Leur siège principal est la peau délicate des paupières et de leur entourage le plus voisin, les joues et les tempes; puis le bord des lèvres; chez l'homme, le pénis et le scrotum, mais particulièrement la couronne du gland qui, dans certains cas, en est complètement bordée ; chez la femme, c'est spécialement à la face interne des petites lèvres qu'on les rencontre.

Si l'on incise la peau avec un bistouri fin sur un corpuscule de milium, il s'écoule un peu de sang et l'on peut extraire le corpuscule de sa loge, soit par la pression latérale, soit avec la pointe de l'instrument; quelquefois, il tient solidement à la peau par un pédicule mince (au bulbe pileux) qu'il faut d'abord arracher. Le corpuscule est rond, sphérique ou finement lobulé; il est lisse, et on peut facilement l'écraser; il éclate alors et se divise en petits grains. Il se compose d'une enveloppe périphérique simple ou lobulée, membrane peu épaisse, et d'un contenu de cellules épidermiques sèches qui sont rangées, comme les pelures d'un oignon, autour d'un noyau central épidermoïdal et contenant de la graisse ; il représente donc une boule épidermique analogue

au corpuscule cancroïdal, avec cette différence que ce dernier contient des cellules proliférantes.

Le *milium* est formé d'un seul ou de plusieurs petits lobules d'une glande sébacée située superficiellement; aussi existe-t-il toujours au-dessus de chaque corpuscule une couche mince du chorion avec ses papilles, couche qu'il faut d'abord inciser quand on veut l'extraire.

Le milium est constitué par la distension d'un ou de plusieurs des lobules d'une glande sébacée, par l'épiderme qui s'accumule dans leur intérieur sous l'influence de diverses causes. Quand il se développe sur une peau saine et sur laquelle les conduits excréteurs des glandes sébacées sont ouverts, il n'y a pas de cause appréciable, car rien ne conduit à admettre un trouble mécanique de l'excrétion du produit de ces glandes. Il semble que les cellules, à mesure qu'elles sont produites, au lieu de subir une transformation graisseuse et de se détacher aussitôt, ce qui favorise leur excrétion, se racornissent simplement comme les cellules de l'épiderme, et, pour ce motif, restent en place.

Certaines maladies inflammatoires superficielles de la peau semblent avoir ce même résultat. Ainsi que l'ont observé Bärensprung et Hebra, pendant le cours d'un pemphigus chez un homme et, une autre fois, chez un enfant de six ans, j'ai vu apparaître au niveau de bulles guéries, et dans un court espace de temps, plusieurs centaines de corpuscules de milium, qui étaient disposés en groupes élégants et en cercles sur le bras, sur la main et la face dorsale des doigts et sur la peau de l'abdomen. J'ai vu une autre fois le même fait se produire chez un homme, à la suite d'un érysipèle. Dans tous ces cas, un certain nombre de corpuscules de milium se sont exfoliés après quelques semaines; les autres ont duré un peu plus longtemps.

Il faut, au contraire, admettre une cause purement mécanique pour la production des corpuscules de milium que l'on voit survenir sur le bord des cicatrices de la peau, que celles-ci proviennent d'un lupus, de la syphilis ou d'une brûlure. Ici évidemment quelques lobules glandulaires se trouvent isolés du conduit excréteur par les brides cicatricielles et, par suite, les cellules qui continuent pendant un certain temps à être sécrétées d'une façon normale s'accumulent à l'intérieur de ces lobules.

Mais, dans les glandes sébacées qui s'abouchent dans le follicule pileux, le milium peut accidentellement produire une distension kystiforme de ce follicule, précisément au niveau du point d'abouchement. Virchow et Rindfleisch citent expressément le sac pileux comme siège du milium; Virchow en aurait vu à l'orifice du sac, et Rindfleisch, dans le fond de cet organe. Je suis cependant porté à croire que cette dernière assertion n'est pas très exacte, en raison de ce que nous avons

dit relativement au siège et au mode de développement du milium.

Je cite encore ici, comme curiosité anatomique, le cas de milium colloïde décrit, en 1866, par E. Wagner, qui l'avait rencontré chez une femme de cinquante-quatre ans. Le front, le nez et la peau des régions avoisinantes, des joues et des tempes, celles des joues surtout, présentaient des bourrelets longitudinaux et transversaux sur la partie proéminente desquels il y avait de nombreuses nodosités, de la grosseur des corpuscules de milium, dures, brillantes comme des vésicules. On ne pouvait les faire éclater même par la plus forte pression. Ce n'est qu'après avoir incisé la peau au-dessus de ces corpuscules que leur contenu apparaissait à l'extérieur comme une matière jaune pâle, homogène, opaline, transparente, rappelant le tissu colloïde dur. Dans l'esprit de Wagner, ces corpuscules étaient du milium dont le contenu épidermique avait entièrement subi la transformation colloïde. Ils ne contenaient pas de cellules épidermiques reconnaissables, mais bien quelques petits poils fins (1).

On est quelquefois obligé de traiter le milium, surtout chez des malades du sexe féminin, dont le visage, particulièrement quand elles ont un beau teint blanc, est déparé par une trop grande quantité de corpuscules de milium déposés dans la peau. Le meilleur mode de traitement consiste à inciser la peau à une profondeur suffisante avec la pointe d'un bistouri fin, sur chaque corpuscule successivement, puis on fait sortir la boule épidermique par pression; les points incisés saignent peu et la guérison se produit sans qu'il reste aucune trace.

Dans un cas où une quantité considérable de corpuscules de milium s'étaient développés d'une façon aiguë, à la suite d'un pemphigus, j'ai réussi, par des applications de savon noir, à déterminer une rougeur et une inflammation modérée de la peau, à la suite desquelles le milium s'est rapidement exfolié. Cette circonstance me fait tenir pour certain que, dans ces cas, la communication entre les lobules de ces corpuscules et le conduit excréteur était libre. En effet, si cette communication avait été supprimée, c'est au plus si, avec beaucoup de temps, ces corpuscules auraient pu s'exfolier par suite de l'atrophie de la couche de chorion qui les recouvre.

Je citerai encore le soi-disant (2) molluscum contagieux, ou molluscum verruqueux, que j'ai décrit, comme une forme pathologique appartenant à cette catégorie, bien que, au point de vue anatomique, on

---

(1) Pour l'étude anatomique et clinique du *colloïd-milium*, ainsi que pour les questions litigieuses qui s'y rapportent, voyez les *notes des Traducteurs*, dans le Tome II, pp. 240, 370 et suiv. E. B. — A. D.

(2) Voyez plus loin, la note 1 de la page 214. E. B. — A. D.

doive le ranger dans les tumeurs épithéliales (bénignes), épithélioma molluscum (Virchow); mais il règne toujours une assez grande confusiou sur son mode d'interprétation.

Je veux parler d'abord de ce que Bateman, le créateur de ce nom, a décrit originairement comme molluscum contagieux. Ce sont des corps globuleux déposés dans l'épaisseur de la peau ou légèrement saillants au-dessus de celle-ci, quelque peu transparents, d'une dureté assez considérable, à la surface lisse, attachés à la peau par une base large ou par un pédicule mince, et munis d'une ouverture à peine visible à travers laquelle on peut faire sortir par pression un liquide trouble, laiteux (« milky *fluid* »). Ces corps surviennent isolément, ou bien il y en a plusieurs ou enfin un grand nombre, surtout mélangés avec des pustules d'acné et des comédons. Ils représentent indubitablement des glandes sébacées distendues, remplies d'un magma de graisse et d'épiderme liquéfiés, dégénérées et enkystées; la paroi de ces glandes est souvent manifestement épaissie, leur ouverture a disparu ou bien elle est visible et même assez large pour qu'on y passe un stylet : ce sont des tumeurs sébacées.

Ces corps se rétractent après qu'on a vidé leur contenu soit par expression, soit par une ou plusieurs ponctions. D'autres ne peuvent être détruits que quand on les a incisés largement et qu'on les a fait suppurer. Il y en a d'autres encore que l'on ne peut faire disparaîre que par l'extirpation du sac qui les renferme.

Bateman a donné à ce molluscum le nom de « contagieux » parce qu'il l'a observé simultanément chez plusieurs personnes qui avaient de fréquents rapports entre elles, et c'est pour ce motif qu'il a supposé que cette affection était contagieuse.

Mais depuis une vingtaine d'années, on a maintes fois et même presque exclusivement décrit sous le nom de molluscum contagieux un produit qui a un aspect quelque peu différent de celui-ci.

Ce produit apparaît sur la peau sous forme de saillies ressemblant à des verrues ou à de petites tumeurs du volume de la tête d'une épingle à celui d'un pois, arrondies, demi-sphériques ou sphériques, saillantes, à reflet blanc, presque transparentes, parfois entourées d'un bord étroit rouge. Les plus grosses présentent au milieu un enfoncement aplati qui correspond incontestablement à l'orifice du follicule. Elles ressemblent par là beaucoup aux boutons de varioloïde, avec lesquels on les confond assez facilement.

Si l'on fait sortir une tumeur de ce genre en la pressant entre les ongles des deux pouces, le corpuscule sort tout entier hors de sa loge et laisse derrière lui une cavité peu profonde dont la surface saigne assez abondamment. Ce corpuscule est composé de plusieurs lobules

ronds, lisses, blancs, qui sont réunis sur une tige courte de manière à former une petite grappe. On réussit quelquefois aussi à faire sortir tout le petit corps lobulé hors de sa cavité; de telle façon que l'enveloppe épidermique n'est percée que d'une petite ouverture centrale, et reste intacte et en communication avec les parties voisines. On ne peut l'écraser entre les doigts qu'après avoir distendu son enveloppe au point de la faire craquer. On a alors la sensation d'une masse feuilletée et en bouillie, qui, sous le microscope, montre des cellules épidermiques plates, finement divisées, des globules et des cristaux de graisse. Outre cela, on y trouve de gros corps ovoïdes, sans noyau, d'un éclat particulier, les uns contenus dans une enveloppe épidermique, ou bien en partie recouverte d'une enveloppe de ce genre, et le reste libre (fig. 16). Ces corpuscules ont été désignés sous le nom de *corpuscules de molluscum*, et on les a étudiés d'une manière approfondie, parce que, depuis les travaux de Henderson et Paterson sur ce sujet, l'opinion générale était qu'ils représentent un phénomène particulier au molluscum et caractéristique de cette affection, et que c'est par eux que se fait la contagion. Mais ce sont là deux idées fausses, comme je crois l'avoir démontré dans un travail spécial.

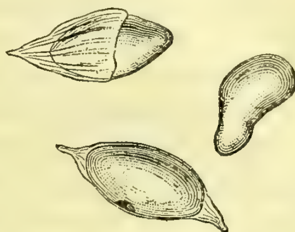


Fig. 16.
Corpuscules de molluscum.

On observe assez souvent les productions analogues aux verrues ou à la variole que nous avons décrites. On les trouve sur la verge et le scrotum, sur les grandes lèvres, ce qui fait qu'on les rapportait à une gonorrhée; on les voit également sur le tronc, sur les membres, et là de préférence sur le côté de la flexion, au visage, au cou, à la nuque, très rarement sur le cuir chevelu et au pubis, isolément ou en nombre plus ou moins considérable, vingt, cinquante, cent et plus, présentant les plus grandes variétés comme volume, disséminées et étroitement serrées les unes contre les autres, sur certaines places.

Il y a peu de chose à dire sur leur développement, car, le plus souvent, ces tumeurs apparaissent sans que l'on s'en aperçoive. Leur durée est indéfinie, elles persistent pendant des semaines, des mois ou des années. Un grand nombre d'entre elles n'atteignent qu'un très petit volume et disparaissent. Les plus grosses, quand on les gratte accidentellement, se détachent de leur base en laissant couler un peu de sang. D'autres sont expulsées par suite d'une inflammation douloureuse et de la suppuration de leur base, et laissent après elles une cicatrice, ce qui n'est pas indifférent lorsque, par exemple, elles étaient localisées sur le visage, chez des jeunes filles. D'autres enfin, comme nous l'avons dit,

peuvent persister pendant des années sans aucune modification.

Leur présence n'entraîne ni prurit, ni douleur, excepté, bien entendu, celles qui sont le siège d'un processus inflammatoire.

Cette maladie est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. L'eczéma, le prurigo, une forte sueur, la macération de la peau, semblent donner une impulsion à son apparition. D'autres auteurs et moi-même, avons pu observer dans ces conditions un développement aigu de cette affection sur des surfaces considérables de la peau.

Il est facile de voir à quel point cette production a été interprétée diversement, ne fût-ce que d'après la multiplicité des noms qui lui ont été donnés, outre celui de molluscum contagieux : condylome sous-cutané et endocystique, *condyloma porcelaneum*, verrues sébacées (Hebra), molluscum épithélial (Virchow), acné varioliforme (Bazin).

L'idée de la contagiosité de ces verrues est encore soutenue par beaucoup de personnes; elle est provoquée et entretenue dans leur esprit par ce fait que l'on a vu maintes fois, comme je l'ai vu moi-même, ces petites tumeurs apparaître simultanément chez plusieurs sujets, particulièrement des enfants, qui avaient des rapports fréquents et intimes (1).

On a cru encore pouvoir trouver, sous ce rapport, un point d'appui

---

(1) L'auteur ne conteste plus aujourd'hui la contagiosité de cette affection, qu'il a observée dans sa propre famille; il ne discute plus que par principe, et pour cette raison que l'agent de la transmissibilité n'est pas connu, et que le mode contagieux n'est pas élucidé. Mais en fait, ces réserves et ces inconnues n'empêchent pas que ladite affection se transmette du malade à l'individu sain; depuis Bateman jusqu'à l'époque présente, les exemples sont tellement multipliés qu'il serait véritablement abusif de continuer à nier.

Nous rappellerons seulement, parmi les exemples les plus considérables, les faits de Caillaut, Rech. s. deux var. d'acné assez rares, etc. — *Arch. gén. de méd.*, 1851, t. XXVII, pp. 46, 316. — *Le 22 février* 1851, *il entre à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Marthe, une petite fille de sept ans, atteinte de molluscum de Bateman*; *dans les trois mois qui suivent l'entrée de cette enfant, quatorze petites malades sur trente sont atteintes de cette affection.* Tommasoli (Voy. Török et Tommasoli, Contr. all. stud. d. nat. e d. cos. d. epit. contag. — *La Riforma med.*, 1889, —) trouve, dans un asile de la ville de Sienne, cinquante-six enfants atteints de molluscum contagieux de Bateman, alors que, dans trois autres asiles, il n'en existait aucun cas. Cf., pour démonstration surabondante, la *Thèse inaug.* de notre élève Bignon, De l'acné varioliforme, Paris, 1880; Ch. W. Allen, Mollusc. contag.; an analysis of fifty cases, — *Journ. of cut. and ven. dis.*, 1886, p. 238; Neisser, U. d. Epith. sive moll. contag. — *Viertelj. f. Dermat. u.*

plus solide dans les conditions anatomiques du molluscum; mais en cela on avait tort, car il est prouvé que les verrues du molluscum ne sont autre chose que des glandes sébacées distendues, remplies d'un contenu épithélioïde qui a proliféré et a subi une transformation particulière, bien que beaucoup d'auteurs les font dériver de la prolifération et de l'excroissance sous forme lobée des cellules interpapillaires du réseau (Retzius, Bizzorero, Manfredo, C. Boeck, Lukomsky, Thin, Taylor, Geber, Caspary, Sangster). A la coupe, ces productions montrent, comme toutes les glandes sébacées, une structure lobée, une membrane limitante qui envoie des cloisons dans la cavité et un contenu stratifié. Ce dernier est constitué à sa périphérie par des cellules d'enchyme et, quand on avance plus vers le centre, par des cellules dont le protoplasma subit, à partir du voisinage du noyau, une dégénérescence particulière (hyaline?), kératineuse d'après Renaut, puis devient translucide uniformément, et que la zone cellulaire la plus externe renfermant dans son intérieur le noyau de la cellule est également kératinisée. Ce sont les « corpuscules de molluscum » (fig. 16) indiqués ci-dessus qui seraient les organes de la transmission du contagium. Il n'y a surtout aucun motif de les considérer comme des champignons (Angelucci) ou des grégarines venues là par immigration, comme dans la variole des volailles — Geflügelpocken — (Bollinger). Csokor a vu, à la suite de l'inoculation du contenu du molluscum contagieux de l'homme sur la crête d'une poule, survenir cette variole et il a pu y constater la présence des grégarines. Mais dans une inoculation récente, faite en ma présence et restée sans résultat, cet auteur a avoué qu'il y avait eu une erreur dans le premier cas, car cette poule n'avait pas été isolée. En outre les corpuscules du molluscum n'ont incontestablement aucune ressemblance avec des grégarines, et l'on trouve ces corpuscules partout ou des cel-

---

Syph., 1888, p. 553; L. Moreau, Du moll. contag. envisagé comme maladie parasit., Thèse de Paris, 1889, etc., etc.

Bien que le mode instrumental de cette contagiosité ne soit pas connu, et que, par conséquent, l'inoculation en soit malaisée à réaliser, elle n'en a pas moins été exécutée de la manière la plus indiscutable par Retzius, On Moll. contag., — *Nord. med. Arch.* 11, et *Deutsch. Klin.*, 1872; par E. Vidal, Inoc. d. q. q. aff. cutanées, etc. — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, T. IX, 1877-78, p. 329; et Pièce du musée de Saint-Louis, 515; Haab — *Corresp. Blatt.*, *Schw.*, etc., 1888, p. 254. Le délai moyen de l'incubation a été de six mois.

Quant aux inoculations sur les oiseaux, et à l'égard de l'identité du molluscum contagieux de Bateman — Csokor, 1884, et travaux antérieurs — avec la variole (molluscum) des oiseaux, rien n'est établi, et les analogies qui avaient été indiquées sont actuellement controuvées.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

lules épithéliales séjournent longtemps, dans les épithéliomes, dans les vieux comédons, etc.

Comme dans mon premier travail, je suis encore d'avis que la prolifération épithéliale, qui amène la formation du molluscum contagieux, prend son point de départ dans le réseau du conduit excréteur du follicule, exactement comme Virchow et Thin l'ont indiqué autrefois d'après moi.

Par ces cônes épithéliaux de nouvelle formation, le tube glandulaire et les acini sont dilatés en ampoule, et il peut se développer aussi des proliférations interpapillaires avec un résultat analogue dans le voisinage des glandes. Cette transformation des cellules épithéliales s'accomplit peu à peu, de telle sorte que, dans les cellules des séries plus périphériques, il n'y a qu'une petite zone de protoplasme, qui prend l'apparence de vacuoles, translucide, brillante et homogène; à mesure qu'on se rapproche du centre, cette modification s'accentue de plus en plus dans le corps de la cellule — la zone du manteau exceptée, — lequel finit par se transformer complètement, et alors le corpuscule de molluscum apparaît dans son achèvement parfait (1).

---

(1) Malgré des recherches depuis longtemps poursuivies par un grand nombre d'auteurs considérables, tout ce qui concerne le siège anatomique, les lésions, l'élément pathogène du molluscum contagieux de Bateman demeure discuté, discutable, inachevé. Nous ne pouvons mieux mettre le lecteur à même d'en juger qu'en juxtaposant à l'exposition du professeur Kaposi les principales propositions formulées par les observateurs les plus compétents : Renaut (de Lyon), Vidal et Leloir, Neisser, Quinquaud, Darier.

I. — Professeur Renaut (de Lyon). *Communication personnelle.* « Le molluscum contagieux de Bateman est constitué par une tumeur lobulée dans sa partie profonde, et présentant à sa partie superficielle un ombilic. Quand cette tumeur est unique et régulière, elle a donc la forme d'une bourse dont on aurait serré les cordons, et qui, au lieu d'être creuse, serait pleine, sauf au niveau de son orifice. Quand, au contraire, elle est formée par plusieurs tumeurs fondues en une seule, comme c'est le cas lorsque l'acné varioliforme a, par exemple, atteint et dépassé les dimensions d'une noisette, sa forme est irrégulière, et la masse lobulée peut présenter plusieurs ombilics isolés, ou réunis en un seul qui souvent n'est pas central.

« C'est une tumeur *énucléable*, et limitée, du côté du derme au sein duquel elle se creuse une dépression, par une couche lisse et lamelleuse de tissu connectif lâche, dans laquelle se distribuent des vaisseaux grêles, disposés en un filet de mailles autour de la glande sébacée transformée, et reproduisant le type des vaisseaux enveloppant une glande sébacée ordinaire, mais dont le réseau aurait été agrandi par distension.

« L'ombilic de la tumeur est ordinairement sec, et noirci par des corps étrangers, à la façon de l'orifice des tannes. Mais quand la production atteint un grand volume, tel que celui d'une noix ou d'un petit œuf, cet ombilic peut donner issue à un liquide séreux, aquiforme. Ce phénomène

Suite de la note des Traducteurs.

existait dans un cas observé par mon collègue Bouveret, et dont j'ai fait la définition histologique. La tumeur siégeait sur la cuisse, et fut enlevée sans difficulté.

« Ce fait est important à retenir, car il montre que la fonction glandulaire peut subsister, mais en devenant, de pimélogène, aquipare, dans la glande sébacée transformée par l'acné varioliforme. Ce changement survenu dans la glande sébacée est d'ailleurs si grand, que ce nouvel argument en faveur de la nature glandulaire du molluscum de Bateman n'est pas tout à fait sans valeur.

« Une coupe bien exactement sagittale d'un molluscum de Bateman, dont la configuration est régulière, montre, quelle que soit la méthode de durcissement employée, que la tumeur est constituée par une série de lobules en forme de poire ou de larme groupés par leur pointe autour du point central qui représente l'ombilic. Sur les limites de la tumeur, à droite et à gauche, la paroi propre du molluscum se continue avec la vitrée du derme. Entre les lobules successifs, le tissu conjonctif dessine une série de festons rentrants renfermant des vaisseaux. Ces festons répondent aux espaces interlobulaires des glandes sébacées composées, telles que les glandes de Meïbomius, par exemple.

« En dehors de la vitrée, la masse de chaque feston est formée par un corps de Malpighi du type ordinaire, qui, sur les limites de la tumeur, se continue directement avec celui du tégument non modifié. Mais, un peu au-dessus de la couche génératrice, on voit, dans la portion endoplastique (circumnucléaire) d'un certain nombre de cellules, se développer des globes translucides que le picrocarminate d'ammoniaque colore en rouge, que l'acide osmique laisse incolores, et que Vidal a considérés d'abord comme de la matière colloïde. Mais il n'en est rien. Au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'ombilic, ces globes croissent, refoulent le noyau à la périphérie de la cellule, et prennent la solidité et les principales réactions histochimiques de la corne jeune. Cependant elles ne les prennent pas toutes (Ranvier). Je pense donc qu'il s'agit ici d'une évolution cornée, mais qui s'opère en réalité d'après un mode anormal. Au voisinage de l'ombilic, presque toutes les cellules ont subi cette transformation, et constituent une masse formée d'éléments globuleux, pour la plupart soudés entre eux en masse compacte, mais dans les intervalles desquels existent aussi, de distance en distance, des cellules, soudées en réseau, et qui ont subi l'évolution épidermique régulière.

« En effet, j'ai fait connaître, il y a nombre d'années, l'existence de l'éléidine dans la proportion moyenne de chaque lobule d'acné varioliforme. La zone semée de granulations d'éléidine fait exactement suite, sur les limites de la tumeur, à la couche granuleuse du corps de Malpighi du tégument sain. Ranvier a fait remarquer, dans son dernier travail sur l'éléidine, que les cellules du molluscum renfermant l'éléidine étaient, non pas celles qui subissent la transformation globuleuse, mais bien celles qui leur sont intermédiaires. Ces dernières répondent, comme il l'a montré, aux bandes de cellules épidermiques qui cloisonnent toute glande sébacée normale, et occupent les intervalles des cellules glandulaires. De la sorte, dans l'acné varioliforme, le processus se réduit à ceci : *Les cellules glandulaires, c'est-à-dire celles qui devaient subir l'évolution graisseuse, cessent de subir cette évolution et élaborent un globe de corne imparfaite.* Ce globe n'a, en effet, ni les réactions exactes de la substance colloïde, ni les réactions exactes de la corne normale, mais par sa consistance, sa translucidité, sa façon de se

Suite de la note des Traducteurs.

comporter en présence de l'acide picrique, etc., il se rapproche bien davantage de la corne que de toute autre production. En présence des réactifs, certains globes épidermiques des épithéliomes lobulés se comportent même très souvent de la même manière que ceux de l'acné varioliforme; mais ils en diffèrent toujours en ce qu'ils sont formés de plusieurs cellules, et non plus d'une seule.

« Les granulations d'éléidine que j'ai découvertes au sein du molluscum de Bateman ont été prises par Angelucci pour des schyzomycètes. Angelucci m'a montré ses préparations; les granulations qu'il rapportait à des sphérobactéries occupaient la place exacte des granulations d'éléidine dans les miennes.

« Je conclus en disant que l'*acné varioliforme constitue une lésion d'évolution des glandes sébacées*. Celles-ci, tout d'abord, multiplient leurs lobules en vertu d'une incitation formative dont la cause immédiate est encore à chercher; et les cellules du corps muqueux ainsi produites, qui auraient dû devenir glandulaires, au lieu de réaliser l'évolution graisseuse et de satisfaire à leur fonction normale, subissent, une à une, une évolution anormale particulière, qui se rapproche davantage de l'évolution cornéeque de toute autre. »

II. — Vidal et Leloir. — *Traité descr. des mal. de la peau*, p. 40, Paris, 1889. « En résumé, l'acné varioliforme est, comme nous l'avons dit, la résultante de deux altérations différentes qui frappent les cellules glandulaires des régions profondes, et qui évoluent parallèlement.

1° Une altération particulière, due peut-être à l'envahissement de la cellule par des parasites de l'ordre des grégarines, qui atteint une partie des cellules du lobule dès ses régions les plus profondes;

2° Une altération due à la transformation cornée, par conséquent atypique, d'une partie des cellules du lobule. Cette altération débute un peu plus haut que la précédente. A partir de la zone où elles se trouvent réunies, ces deux altérations évoluent parallèlement dans la formation des pointes d'aspect verruqueux de la tumeur d'acné varioliforme.

Ces deux altérations parallèles ont complètement arrêté et remplacé en totalité le processus normal sébacé des cellules glandulaires. »

III. — Professeur Neisser — *loc. sup. cit.* « Le molluscum contagieux est absolument indépendant de la glande sébacée; c'est un épithéliome provenant directement des couches profondes du réseau de Malpighi. Il est contagieux et parasitaire, épithéliome contagieux de Bollinger. Le parasite est de la classe des sporozoaires, de la tribu des coccidies.

En résumé, le molluscum est un épithéliome pur; ni le tissu conjonctif ni le corps papillaire ne participent à sa formation. Au point de vue étiologique, si l'on tient compte du développement tout à fait spécial, sans analogie, des corpuscules de molluscum, on sera forcé, dit Neisser, d'admettre l'origine parasitaire de cette affection.

Considéré comme néoplasme, le molluscum contagieux est un épithéliome et en même temps aussi une espèce de tumeur de rétention, car l'augmentation réelle des tissus se compose :

1° D'une prolifération anormale de l'épithélium, et 2° de masses cornées retenues et entassées entre les cellules à parasites ou « corpuscules de molluscum » et de ces corpuscules eux-mêmes.

IV. — Quinquaud. — La *Tribune Médicale*, 1889. L'acné varioliforme de

Suite de la note des Traducteurs.

Bazin ou « molluscum contagieux de Bateman » est une affection parasitaire due à des sporozaires. L'examen de couches nombreuses montre au centre des lobules glandulaires, des corpuscules plus ou moins arrondis, globulaires ou plutôt ovoïdes, de 30 μ de long sur 25 μ de large, entourés d'une membrane à double contour, formés d'un protoplasma jaunâtre et très granuleux, et formant un noyau spécial; ces corps, ordinairement réunis en masses, résistent à l'action de la potasse, de l'acide sulfurique, etc., et se colorent par l'éosine après l'action de la potasse. On doit les considérer comme des sporozoaires, et comme les parasites de cette affection.

V. — Darier. — Moreau, *Thèse citée*, et *Communication personnelle.* — « Quand on recherche l'origine des corpuscules de molluscum dans le fond des culs-de-sac de la tumeur, on trouve tout d'abord des cellules ovales de même dimension que les cellules épithéliales voisines, à contours granuleux, repoussant latéralement le noyau, et à membrane mince entourant tout l'élément.

Cette cellule ovale ne peut être qu'une cellule épithéliale modifiée, mais, où est le parasite ? Neisser pense qu'il a son siège dans la masse granuleuse intercellulaire, et que la membrane est constituée par ce protoplasma refoulé; dans ce cas, le parasite, qui est, sans doute, à son premier stade, composé d'une masse de protoplasma nue et douée de mouvements amiboïdes, a dû pénétrer dans la cellule de dehors en dedans. Or, je n'ai jamais pu voir, non plus que Neisser, même sur mes meilleures préparations de pièces traitées par l'acide osmique ou par le bichromate, d'élément ainsi conformé en dehors des cellules, c'est-à-dire dans les espaces intercellulaires. Il y a là une lacune dans les observations, car il est certain que s'il ne s'agit pas d'une dégénérescences mais d'une immigration de parasites, on devrait au moins quelquefois en trouver qui n'aient pas encore pénétré dans l'intérieur des cellules.

La masse finement granuleuse, le parasite en d'autres termes, lorsqu'il s'enkyste dans la suite, n'a pas d'autre membrane kystique que celle que lui fournit la cellule envahie ; c'est exceptionnel chez les coccidies, mais nous connaissons aujourd'hui dans le karyophagus salamandræ une espèce qui se contente même de la membrane d'un noyau. Il n'y a donc rien de très anormal dans ce fait.

Lorsqu'apparaissent les grains réfringents qui résultent de la condensation de la masse granuleuse, et que Neisser appelle des spores, j'ai été surpris de ne jamais pouvoir déceler de noyau à leur intérieur ; on sait en effet que les corpuscules résultant de la division du corps d'une coccidie sont généralement nucléés.

Enfin les grains brillants pressés les uns contre les autres au point de former en apparence une masse réfringente unique et renfermés encore dans la membrane qu'a fourni la cellule, constituent le corpuscule de molluscum arrivé à son apogée de développement. Ce corpuscule résiste aux acides et aux alcalis, résiste fort longtemps à la macération et à la putréfaction, et présente des réactions de coloration qui sont fort analogues à celles des coccidies du foie du lapin et à celles que j'ai constatées chez les parasites de la psorospermose folliculaire végétante. Ils ne sont composés ni de kératine, ni de cellulose, ni surtout d'une matière colloïde ou graisseuse, mais d'une substance spéciale encore indéterminée.

Le corpuscule de molluscum n'est certes pas le dernier terme du développement du parasite ; le cycle n'est pas fermé ; comment donne-t-il naissance

Mais, de plus, on n'a jamais pu réussir à démontrer soit théoriquement, soit expérimentalement (Retzius, Vidal) la transmissibilité de ces verrues de molluscum. C'est pour ce motif que, avec la plupart des cliniciens et des anatomistes, je regarde ces corps comme non contagieux, et je déclare non justifiée la dénomination qui leur a été donnée de *molluscum contagiosum* (1).

Suite de la note des Traducteurs.

aux masses protoplasmiques granuleuses et nues que nous avons décrites? Malgré des essais assez nombreux et assez prolongés déjà, je n'ai pas réussi plus que mes devanciers à obtenir par la culture des stades d'évolution plus avancés. On n'a pas encore constaté la formation de pseudo-navicelles ou de corpuscules falciformes dont l'apparition lèverait tous les doutes et trancherait la question.

Il est vrai que les notions que nous possédons actuellement relativement à la biologie des coccidies et des sporozoaires en général sont encore bien limitées et seront sujettes à revision. Il y aura probablement des remaniements à introduire dans la classification de ces êtres; les anciens groupes pourront être démembrés, des groupes nouveaux devront trouver leur place, tel que celui des hématozoaires par exemple. Aussi ne peut-on pas, dès maintenant, conclure que tels éléments donnés ne sont pas des sporozoaires parce qu'ils ne présentent pas tous les caractères et tous les stades de développement des espèces connues. C'est, en tout cas, dans le fond des lobes de la tumeur de molluscum qu'il faut, je crois, chercher les éléments caractéristiques et non dans les corpuscules kératoïdes qui sont éliminés au dehors. Il est possible, en effet, que le parasite devenu corpuscule de molluscum ait subi une évolution particulière peut-être dégénératrice, et dont les belles recherches de Malassez nous fournissent l'analogie dans une espèce dont la nature est hors de conteste, dans la coccidie du lapin. Quoi qu'il en soit, et malgré les points dont l'interprétation est encore enveloppée d'obscurité, je crois que l'hypothèse la plus probable, et celle qui a pour elle le plus grand nombre de faits, est que les corpuscules de molluscum ne sont pas les produits d'une dégénérescence des cellules épithéliales, mais qu'ils sont des parasites de la classe des sporozoaires, et vraisemblablement des coccidies.

Les tumeurs du molluscum ne contenant pas d'autres parasites et étant contagieuses et inoculables, il est évident que ce sont ces sporozaires qui doivent être les agents pathogènes et les agents de la transmissibilité. »

La question reste donc à l'étude et ne peut avoir son complément que dans le progrès de la technique et dans l'avancement des études à peine ébauchées sur les sporozoaires. Cf. : Darier; L. Török; professeur Pierleone Tommasoli, — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, T. I, 1890, pp. 277, 458; H. G. Piffard, Psorospermosis —, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1891, p. 15; S. Pollitzer, Molluscum bodies and polarized light — *eod. loc.*, p. 71.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voy. sur cette question la note 1, de la page 214.

E. B. — A. D.

Ces corps forment avec les tumeurs folliculaires, précédemment décrites, c'est-à-dire avec le molluscum contagieux primitif de Bateman, une seule et même forme pathologique, et souvent même on les voit réunies. Les uns et les autres sont des tumeurs de prolifération et de rétention des glandes sébacées, et le nom de molluscum sébacé qui leur a été donné par Hebra leur convient mieux. C'est seulement pour les distinguer cliniquement que je propose de donner aux tumeurs en forme de kystes le nom de molluscum athéromateux, et à celles que nous avons décrites en dernier lieu, aux tumeurs verruciformes, le nom de molluscum verruqueux (1).

Le traitement du molluscum verruqueux est purement mécanique. On vide les tumeurs les unes après les autres en les pressant entre les ongles des deux pouces, ce qui est le plus pratique, ou bien on les enlève par le raclage avec la curette. Les petites plaies qui en résultent saignent fortement; on les couvre de ouate de Bruns et elles guérissent rapidement. Dans les cas où il y a un grand nombre de corpuscules de molluscum serrés les uns contre les autres, on peut, à l'aide de savon noir ou de toute autre application provoquant une inflammation superficielle diffuse, déterminer leur ratatinement et, par suite, leur exfoliation (2).

---

(1) Le lecteur, qui a pris connaissance de la note précédente, saura conclure, de lui-même, qu'il ne faut, provisoirement, rien changer à la dénomination de Bateman — MOLLUSCUM CONTAGIEUX — et qu'il n'y a pas davantage lieu de conserver les autres dénominations proposées d'ÉLEVURES FOLLICULEUSES, Rayer — *Traité cité;* d'ACNÉ VARIOLIFORME, Bazin — *Journ. des conn. méd.*, Paris, 1851; d'ECDERMOPTOSIS, Hugier — *Mém. s. les mal. des app. sécrét. des org. génit. de la femme*, Paris, 1850.

Nous sommes les premiers à regretter d'être obligés d'appeler « molluscum » une affection qui ne mérite à aucun titre cette dénomination, mais il s'agit d'un terme ayant la priorité, à conserver provisoirement, et sur lequel tout le monde s'entend.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Le molluscum de Bateman étant *contagieux*, il y a lieu d'avertir les intéressés et, surtout, dans un asile ou dans un hôpital d'enfants, de ne pas admettre de sujets atteints, ou de les *isoler* jusqu'à guérison.

Quand les tumeurs sont *discrètes*, *peu nombreuses*, *petites* ou de *volume moyen*, le traitement en est fort simple; il est très aisé de les *énucléer* avec les fines curettes à lupus du type que nous avons établi; si elles sont bien tranchantes, et la peau bien tendue, l'éradication est réalisée d'un seul coup, laissant une petite plaie saignante, que la plus légère compression ouatée arrête, et que l'on panse ensuite avec une simple plaquette d'emplâtre adhésif; cicatrisation rapide, sans aucune trace. Ce dernier point, joint à la superficialité et à l'*extériorité* des perles du molluscum contagieux suffit, sans phrases, à rendre peu admissible

Suite de la note des Traducteurs.

le siège folliculaire de la lésion, et élimine *cliniquement* l'affection du cadre des acnés.

Si les tumeurs sont extrêmement multipliées, généralisées, nous avons l'habitude de les énucléer également, mais par lots successifs, et en autant de séances que cela est nécessaire. C'est seulement dans les cas où elles se présentent *en nombre infini*, en *très petites dimensions*, qu'il y a lieu d'avoir recours aux *exfoliations* successives par le savon mou de potasse, lesquelles ne peuvent, d'ailleurs, être *inoffensives* à titre local, ou pour la santé de l'enfant, qu'en les exécutant, aussi, par lots.

Enfin, dans les grosses tumeurs conglomérées atteignant le volume d'une noix, d'une orange et davantage, l'extirpation est encore fort simple, mais elle réclame, alors, les précautions et les soins ordinaires de la chirurgie aseptique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Adénomes sébacés

Cette dénomination sert *provisoirement* à désigner, pour l'étude actuelle, diverses tumeurs, malignes ou bénignes, simples ou ulcéreuses, qui ont, ou ont été considérées comme ayant pour siège anatomique un des éléments du système sébacé ; nous en distinguerons deux groupes : *a.*) *les adénomes sébacés ulcéreux*, *cancroïdaux*, *acné sébacée partielle de quelques auteurs français;* *b.*) *les adénomes sébacés bénins*, *généralement non ulcéreux.*

I

Adénomes sébacés cancroïdaux; Acné cancroïdale; Acné sébacée partielle; Acné sénile.

A toutes les époques de la vie, mais particulièrement chez les vieillards, à partir de cinquante ans, quand l'acné sébacée sèche subaiguë, conséquence de la dégénérescence sénile de la peau — *acné sénile* — envahit différents points de la face, si cette lésion est négligée, ou irritée par des applications intempestives, ou si elle sert de terrain de culture à des microorganismes pathogènes, la prolifération épithéliale devient atypique, et l'on assiste au développement insidieux d'un ou de plusieurs cancroïdes, habituellement bénins, superficiels, faciles à réprimer et à détruire mais qui, abandonnés à eux-mêmes, peuvent devenir perforants et rongeants, et revêtent alors les caractères de malignité propres à l'épithéliome commun : Voy. P. Audouard, De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde — *Thèse de Paris*, 1878 ; Em. Vidal, De l'épithéliome de la peau — *Gazette des hôpitaux*, 1879.

L'attention du médecin doit être éveillée sur ces cas toutes les fois où l'acné sénile prend un aspect irritatif, fongueux, ou quand elle s'observe chez les sujets ayant dépassé cinquante ans. Il suffit, pour enrayer la dégénérescence épithéliale, de ne pas laisser s'encombrer les follicules, de combattre l'acné sénile par les moyens appropriés. Alors même que la dégénérescence épithéliale est commencée, si le derme n'est pas perforé, il est encore très aisé de détruire la lésion par la rugination, l'électrocaustique, ou par le thermocautère. Voyez, pour complément, T. II, p. 696 et suiv., l'*Appendice des Traducteurs* sur le Traitement des épithéliodermes superficiels.

II

Adénomes sébacés bénins et nævi vasculaires verruqueux

Parmi les nombreuses tumeurs de la peau innommées, jusque-là inconnues, et dont nous décrirons des types multipliés dans la suite de ces notes — voy. notamment T. II, p. 346 et suiv., *myomes*, *colloïdomes*, *idradénomes*, *cystadénomes épithéliaux*, *pseudolymphangiomes*, etc., il faut donner place à deux espèces, *cliniquement* assez voisines pour avoir été confondues, et qui ont été dénommées : les premières *adénomes sébacés* , par P. Balzer et P. Ménétrier, Ét. s. un cas d'adénomes séb. de la face et du cuir chevelu — *Arch. de Physiol.*, Paris, 1885 — et les secondes : *nævi vasculaires verruqueux*, par Darier, Cas de nævi vasculaires verruqueux de la face, affection confondue avec les adénomes sébacés — *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 1890, p. 217 — tandis que J.-J. Pringle, dans un travail remarquable, A case of congenital adenoma sebaceum, — *The brit. Journ. of Dermat.*, 1890, p. 1 — les appelle *adénomes sébacés congénitaux*.

Anatomiquement, les adénomes sébacés de Balzer sont des *épithéliadénomes lobulés sébacés bénins;* les tumeurs de Darier et de Pringle sont des *nævi vasculaires*, des *hématangiomes verruqueux;* pour ces derniers, la discussion ne porte que sur la question de savoir quelle part il faut donner aux altérations sébacées qui peuvent *coexister*, comme dans le fait de Pringle.

Cliniquement, la distinction est aisée : Si l'on veut examiner les pièces 1104, 1169, du Musée de Saint-Louis, qui sont des adénomes sébacés de Balzer — tumeurs pâles, de coloration cutanée normale, *très peu vasculaires* — avec le dessin de Pringle — *loc. cit.*, — et les pièces du musée de Saint-Louis, nos 1165, 1170, 1261, 1384, 1502, — *tumeurs télangiectasiques*, on verra *nettement* que, sans préjudice des autres caractères, la différenciation n'est pas laborieuse.

La pièce 1502 que nous avons déposée dans le Musée de Saint-Louis représente un cas plus amplifié cliniquement, et plus net encore, de la maladie décrite si exactement par Pringle. Nous publierons plus tard les détails de ce fait important, dont nous n'avons donné qu'un simple aperçu, à la suite de la communication de Darier — *loc. sup. cit.*, p. 219.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

QUATRIÈME CLASSE

DERMATOSES INFLAMMATOIRES

MALADIES DE LA PEAU DÉTERMINÉES PAR L'EXSUDATION ET L'INFLAMMATION

DIXIÈME LEÇON

GÉNÉRALITÉS SUR L'EXSUDATION ET L'INFLAMMATION

Exsudation et inflammation en général, segmentation des cellules, relation entre celles-ci, les éléments fixes et les éléments migrateurs. Symptômes de l'exsudation et de l'inflammation sur la peau; leur marche et leur terminaison. Résolution, suppuration, hypertrophie, atrophie, dégénérescence.

Messieurs, je vais maintenant vous faire connaître une série de maladies de la peau qui, à cause de leur grande fréquence, vous occuperont plus que les autres dermatonoses dans votre carrière médicale.

Extraordinairement diverses quant à leur aspect, leur marche, leurs causes et leur importance, elles prennent, cependant, toutes leur origine dans un état anatomopathologique commun, l'exsudation et l'inflammation. Elles représentent le processus exsudatif ou inflammatoire par excellence. C'est pourquoi nous devons tout d'abord nous expliquer sur ce que l'on entend par ce processus d'inflammation au point de vue de la pathologie en général et de la pathologie cutanée en particulier.

Vous savez que l'idée de l'inflammation a de tout temps dominé ou spécialement occupé les études médicales; c'est sur la peau que l'on a, dès les temps les plus anciens, reconnu ses symptômes, ainsi que le montre la caractéristique traditionnelle qu'on lui appliquait sous les noms de : rougeur, chaleur, turgescence, douleur et trouble fonctionnels; et de la constatation faite sur la peau vivante, enflammée, on a transporté aux organes internes l'idée de l'inflammation.

Deux mille ans durant, on a été réduit à ne pas expliquer la nature, l'essence de ces phénomènes, autrement que d'une manière spéculative; l'anatomie pathologique seule a conduit les observateurs à rechercher,

dans les altérations matérielles des tissus enflammés eux-mêmes, l'essentialité du processus inflammatoire.

Jusqu'en 1850, le grand maître de la doctrine anatomo-pathologique, Rokitansky, et son école ont considéré l'exsudat que l'on rencontre dans les tissus enflammés comme le symptôme anatomique essentiel de l'inflammation, et regardé le processus exsudatif lui-même comme synonyme d'inflammation. On considérait cette dernière comme préparée par un trouble de circulation qui commençait par l'hyperhémie, qui pouvait s'exagérer jusqu'à amener une stase du sang, puis conduisait à l'extravasion d'un liquide exsudatif, — l'exsudation.

L'exsudation marquait le summum du processus inflammatoire.

Les éléments histogéniques que l'on trouvait dans l'exsudat proprement dit ou le produit de l'inflammation, cellules, noyaux, corpuscules exsudatifs (pus, corps pyoïdes), on faisait tout provenir du plasma du liquide exsudatif, en quelque sorte par génération spontanée.

Mais on enseignait en même temps que tous ces éléments réunis ne sont susceptibles d'aucun développement ultérieur.

On différenciait, en deuxième lieu, dans ce tissu enflammé, une néoformation inflammatoire, une végétation des tissus, production de tissus charnus, indépendants de l'exsudat, lesquelles n'étaient pas présentées comme un attribut du processus inflammatoire, mais comme une de ses conséquences. Avec l'exsudation, l'inflammation même avait atteint son terme typique ; la végétation des tissus ne survenait que par l'irritation du liquide exsudatif, ou bien elle émanait des éléments préexistants de tissu conjonctif (même des vaisseaux), par l'entremise du plasma versé en quantité exagérée. Elle ne représentait donc qu'une simple suite, une « terminaison » de l'inflammation.

Les éléments du pus, dont le développement accompagnait la végétation inflammatoire des tissus (production de granulations), étaient fournis, ainsi que les éléments correspondants de l'exsudat primitif, par le nouvel exsudat, lequel était sorti des nouveaux vaisseaux sanguins qui apparaissaient au fur et à mesure de la production des granulations, et lequel aussi devait donner naissance à ces mêmes vaisseaux.

On voit donc que ce processus d'inflammation, que, d'un côté, l'on faisait se terminer par l'exsudation primitive, était supposé, d'un autre côté, comme se continuant encore, puisque l'on croyait que la production pyogénique des granulations provenait d'un nouvel exsudat, lequel, toutefois, ne pouvait être à son tour que le produit d'une inflammation.

Quand on eut reconnu que les éléments cellulaires fixes jouissent

d'une faculté de prolifération, apparut la théorie cellulaire de Virchow (pathologie cellulaire), qui était basée sur la connaissance de ce fait. L'interprétation de l'exsudation, telle qu'elle avait eu cours jusque-là, se trouva alors réduite à néant. On attribua la formation nouvelle d'éléments figurés (cellules, pus) et de tissus persistants, que l'on rencontre dans les tissus enflammés, à la prolifération des corpuscules cellulaires. Il était impossible, il est vrai, de méconnaître l'exsudat, c'est-à-dire sa composition liquide, et l'on n'ignorait pas davantage qu'il devait provenir des vaisseaux sanguins ; mais on n'expliquait pas la sortie de cet exsudat par l'action des vaisseaux ou du cœur ; on n'y voyait que la végétation par prolifération des éléments de tissu (Virchow).

On détournait donc volontairement les yeux des phénomènes qui se passent dans les vaisseaux, des troubles circulatoires et de leur conséquence immédiate, l'exsudation, pour les appliquer exclusivement aux phénomènes qui se passent dans les éléments de tissu.

L'attention des histologistes a été ainsi, pendant un certain temps, retenue sur les phénomènes qui surviennent dans les tissus eux-mêmes, et cela par une série de phénomènes nouvellement découverts. Ce fut d'abord par la découverte, faite par Recklinghausen, de la migration des cellules purulentes (cellules exsudatives) ; puis par la démonstration due à Cohnheim, que, pendant le processus de l'inflammation, des quantités énormes de corpuscules blancs du sang passent de l'intérieur des vaisseaux à travers leur paroi, et émigrent dans les tissus. Antérieurement déjà, Stricker avait montré que parfois quelques globules rouges du sang quittent de cette façon la cavité des vaisseaux, en traversant leur paroi, ainsi que Waller l'a démontré pour les corpuscules blancs du sang.

La découverte de l'émigration énorme des corpuscules blancs du sang par Cohnheim équivalait à la démonstration d'une source inépuisable pour l'origine des cellules du pus. Les corpuscules blancs du sang, les cellules du pus, les corpuscules exsudatifs, sont des éléments qu'il est impossible de distinguer les uns des autres ; on doit donc les considérer comme identiques (1). Cette découverte ébranla aussi la

(1) Les éléments du pus ne sont pas identiques aux globules blancs de la lymphe et du sang ; *ils ont cessé de vivre*. Voici, d'après Renaut, leurs caractères distinctifs :

« Les globules blancs actifs, c'est-à-dire doués de leurs mouvements amiboïdes, sont souvent chargés de granulations de graisse neutre qu'ils transportent à travers les tissus, mais jamais une cellule de pus ne peut être considérée comme un élément vivant ; elle n'est pas chargée, comme le globule blanc actif, de graisse destinée à la nutrition

théorie de Virchow. En effet, Virchow n'avait pas fourni la preuve proprement dite que les corpuscules du tissu cellulaire se divisent et donnent ainsi naissance aux cellules du pus ; tandis que, avec le microscope, tout le monde peut suivre l'émigration des corpuscules blancs du sang qui se fait par transsudation. C'est pourquoi un grand nombre d'histologistes se sont rangés de préférence à cette nouvelle théorie qui paraissait en même temps positive et incontestable.

Les faits se sont immédiatement accumulés d'une manière surprenante, comme nombre et comme importance.

Par des recherches approfondies, il a été démontré que les cellules du pus se multiplient par formation endogène ; puis, que les épithéliums produisent des cellules de pus par formation endogène, de même que celles-ci se multiplient par la division de leurs noyaux et de leur protoplasme (Buhl, Rindfleisch, Oser, etc.); enfin, que des cellules migratrices peuvent parvenir du tissu cellulaire jusque dans les couches épithéliales.

La faculté de prolifération des corpuscules de tissu cellulaire, révoquée en doute par Cohnheim et par d'autres auteurs, a été démontrée par Recklinghausen, et de nouveau confirmée d'une manière indubitable et approfondie par Stricker-Norris (pour la cornée et pour les corpuscules de tissu conjonctif de la langue). De plus, la segmentation des cellules dans les tissus enflammés a été prouvée successivement pour les éléments des muscles, les cellules nerveuses et les éléments des parois vasculaires, pour les os et les tendons, etc.

Bref, l'observation a montré que les éléments vivants sont en partie susceptibles de mouvement, ou peuvent en partie le devenir, et qu'enfin ils germent, croissent et se reproduisent.

Grâce aux travaux de Heitzman, etc., mais principalement de Flemming et de Rabl, nous nous sommes mieux rendu compte, dans ces derniers temps, de ce qui avait lieu dans les processus internes pendant la segmentation des cellules et des noyaux. Ces processus ont été introduits sous le nom de karyokinèse (1) dans la pathologie moderne ;

---

interstitielle, d'oxygène et de glycogène. La cellule de pus est chargée de graisse de décomposition provenant des dédoublements de sa propre substance. Elle conserve indéfiniment sa forme ronde, son noyau, simple ou multiple, ne se colore plus par le carmin ni par les colorants analogues, à la façon de celui des cellules vivantes. L'élément est immobile, il a cessé d'être le siège de phénomènes nutritifs, il ne se meut plus, ne se divise plus, ne réagit en aucune façon, il est mort. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les termes de *Karyokinèse* — de χαρύον, noyau, et κινήσις, mouve-

il sera question de ce qui constitue leur nature quand on traitera des processus qui accompagnent la guérison et la cicatrisation des plaies.

Cette prolifération générale des cellules, en elle-même, n'était pas ce qui bouleversait le plus la doctrine clinique sur l'inflammation; on savait, en effet, depuis longtemps qu'elle existait ou qu'elle devait exister, bien que l'on ignorât qu'elle se produisît avec une telle intensité et d'une façon si générale. Ce qui portait le trouble et la confusion dans la doctrine clinique, c'était seulement l'indépendance biologique que les différents éléments figurés montraient au point de vue de leur productivité. On supposait que les éléments de tissu réagissaient sous l'influence d'une excitation directe dans le sens de la prolifération, et que ces phénomènes se passaient à l'intérieur des tissus sans aucun lien avec les phénomènes généraux de la nutrition, et surtout en dehors de toute relation avec les conditions locales de la circulation, toutes circonstances auxquelles nous étions habitués à rattacher les troubles qui peuvent survenir dans leur nutrition.

Il est vrai que Virchow lui-même, le premier fondateur de la nouvelle pathologie solidiste, n'a pas été sans tenir un certain compte de l'action des vaisseaux. Au contraire, il supposait, ainsi que l'exigeaient les observations cliniques, que l'hyperhémie était la cause du trouble de nutrition inflammatoire. Bien plus encore, il affirmait que toutes les hyperhémies ne s'accompagnaient pas d'inflammation. De même, il n'envisageait pas l'exsudat sous son véritable jour; pour lui, c'était plutôt la conséquence que la cause de l'altération des tissus.

Mais la découverte de Cohnheim a démontré, d'une manière tout à fait évidente, qu'il fallait rattacher ces phénomènes à un trouble de la circulation. Sous l'influence de celui-ci, la migration des corpuscules blancs du sang se produit. Cependant, on s'occupait uniquement de ces derniers, on les suivait dans leurs migrations et dans leurs destinations ultérieures, on ne voyait d'autre intérêt que celui que présentaient les phénomènes de prolifération des éléments fixes des tissus, et l'on oubliait ou l'on négligeait la relation qui existe entre les vaisseaux et tous ces phénomènes que nous venons d'énumérer.

Cette manière exclusive d'envisager les choses, très préjudiciable

---

ment, de *Mitose* — de μιτος, fil de tisserand (filaments nucléaires) ou Karyomitose servent à désigner le mode de segmentation cellulaire par division *indirecte* actuellement considéré comme le plus habituel, selon lequel se développent les éléments normaux aussi bien que les éléments pathologiques, opposé au mode que l'on croyait, jusqu'à ces derniers temps, être le seul, c'est-à-dire la division directe par étranglement nucléaire et cellulaire. (Voyez, pour les détails, plus loin, XXXII[e] leçon.) E. B. — A. D.

pour la doctrine clinique, paraît actuellement assez généralement mise de côté.

D'une part, les assertions sur l'activité proliférante des éléments fixes des tissus ont été confirmées et complétées par de nouvelles expériences; de l'autre, l'exsudation a été tout récemment mise à sa place et à son rang dans la série des phénomènes de l'inflammation, et l'on a affirmé et prouvé la participation que prend la paroi des vaisseaux dans le processus inflammatoire (Samuel, Stricker, Billroth, Ziegler).

D'après cela, il faut envisager les phénomènes qui constituent l'inflammation de la manière suivante : le trouble circulatoire est le produit d'une excitation directe ou transmise par la voie des nerfs; l'hyperhémie et la stase sanguine précèdent toujours le processus inflammatoire; puis il émane des vaisseaux une exsudation d'éléments liquides et d'éléments figurés; c'est de cette manière seulement que se produisent les troubles de nutrition dans les tissus.

Mais l'exsudation, ou, comme nous disons, l'exsudat, n'est pas seulement nécessaire à la production des nouveaux éléments à titre de matériaux de nutrition et d'édification, mais l'exsudation, le courant, le passage de l'exsudat, comme les expériences de Stricker permettent de le supposer, servent encore à produire une irritation mécanique sur les éléments fixes des tissus, laquelle a pour effet de déterminer dans ces éléments une nouvelle activité vitale, la prolifération.

C'est ainsi que la chaîne des phénomènes s'est trouvée formée en un tout que reproduit exactement le tableau clinique de l'inflammation; s'il y a eu quelques interruptions temporaires dans sa constitution, cela n'a été qu'avantageux pour l'ensemble; les divers anneaux ont été remis à la fonte, on les a de nouveau travaillés, élargis, multipliés, conformément aux exigences des faits, puis, enfin, on les a de nouveau réunis plus solidement les uns aux autres.

Nous pouvons donc maintenant, en nous appuyant sur l'expérience clinique, parcourir le domaine des tissus envahis par l'inflammation, afin de nous instruire sur les phénomènes que l'on y rencontre.

Sur le tégument externe, les symptômes histo-anatomiques que nous avons exposés précédemment en détail, c'est-à-dire le trouble circulatoire, l'exsudation, les troubles de nutrition qui surviennent dans les éléments des tissus, se montrent, d'une manière particulièrement tranchée et avec les caractères suivants, à l'observation clinique :

1° Le trouble de la circulation se présente sous forme d'hyperhémie. Celle-ci est caractérisée par une rougeur de la peau pâlissant sous la pression du doigt, affectant diverses nuances et occupant des étendues variables. Elle est l'expression d'un apport exagéré du sang dans les petits vaisseaux, même dans les plus ténus. Comme telle, elle est éga-

lement liée à une élévation de température de la partie qui en est atteinte (rougeur, chaleur).

Mais l'hyperhémie ne représente pas, à elle seule, le symptôme préliminaire de l'inflammation; elle ne le devient que par rapport à une exsudation consécutive. Cette dernière seule donne à l'hyperhémie qui l'a précédée sa véritable signification. En d'autres termes, chaque hyperhémie ne conduit pas à une exsudation et, par conséquent, toutes les hyperhémies n'appartiennent pas à l'inflammation.

A notre point de vue, nous devons insister d'une manière spéciale sur ces faits, qui sont reconnus par tous les physiologistes et par tous les expérimentateurs (Brücke, Virchow, O. Weber, Billroth).

Il existe, en effet, des états hyperhémiques de la peau qui ne s'accompagnent pas, ou seulement par exception, d'exsudation, et on ne peut pas, d'après l'hyperhémie, dire s'il y aura, ou non, exsudation. Mais ce fait que l'exsudation manque, joint encore à ce que ces hyperhémies affectent une marche typique, indiquent que ce sont là des formes pathologiques d'un genre particulier. Et c'est pour cela que nous devons ranger ce genre d'hyperhémies de la peau dans une classe spéciale (première classe des maladies cutanées), si nous voulons tenir compte des faits cliniques.

La rougeur de l'inflammation est ou diffuse, c'est-à-dire occupant des étendues assez considérables de la peau, ou bien limitée à certains points isolés, et alors, le plus souvent, elle occupe la région vasculaire de la couche glandulaire.

Il importe encore de savoir si l'hyperhémie a son siège seulement dans les vaisseaux superficiels, dans les vaisseaux des papilles, ou si elle s'étend aussi à la région vasculaire du chorion.

Enfin, on doit encore tenir compte de la durée du trouble circulatoire, selon qu'il est aigu ou chronique. Dans le premier cas, l'élévation de la température peut être très considérable (jusqu'à 41° centigrades et au delà); dans le second cas, à peine diffère-t-elle de la normale.

2° L'exsudation, la formation de l'exsudat, c'est-à-dire le passage, au travers des parois vasculaires, dans les tissus, des éléments constitutifs du sang, les uns liquides (sérum), les autres figurés (corpuscules blancs du sang).

C'est faire preuve de peu d'habileté dans l'observation clinique si l'on attache peu ou point d'importance à la signification de l'exsudation et de l'exsudat pour le processus intime de l'inflammation et pour l'expression clinique de cette dernière. J'accepte très volontiers le reproche que l'on m'a fait d'en être resté à cet égard encore au point de vue de Hébra de 1844, parce que, pour tout bon clinicien et pour moi, cette théorie est juste. Bien plus, il serait très désirable que nos connais-

sances ne fussent pas limitées à l'exsudat, mais s'étendissent à sa nature chimique, certainement très variable dans les différents processus, ce qui malheureusement n'est pas encore le cas. Que l'on réfléchisse seulement aux différences que les exsudats qui surviennent dans l'urticaire, l'eczéma, l'érysipèle, la dermatite, le pemphigus, etc... présentent entre eux quant aux symptômes, à l'évolution, à l'influence sur les tissus.

C'est précisément par l'exsudat qu'une grande série de processus se différencie d'autres processus également inflammatoires, et nous ne pouvons le passer sous silence, ni comme phénomène objectif, ni comme critérium clinique.

Dans le chorion, l'exsudation se manifeste par le gonflement de cette couche de la peau (augmentation de volume), et dans les cas où elle prend un grand développement elle se traduit par une infiltration douloureuse à la pression (turgescence, douleur, troubles fonctionnels); à la surface de la peau, cette exsudation se manifeste par un soulèvement et une saillie de l'épiderme sous forme de papules, de vésicules et de phlyctènes dont le contenu représente directement l'exsudat; enfin, après la chute de l'épiderme, elle se manifeste sous forme d'un liquide qui se montre à la surface en gouttes et parfois en quantité assez considérable, liquide dans lequel l'examen chimique et microscopique fait reconnaître les caractères de l'exsudat inflammatoire.

Dans ces conditions, l'exsudat apparaît comme un liquide blanc jaunâtre, collant, d'une réaction faiblement alcaline. La chaleur ou l'addition d'acide nitrique y précipite une grande quantité d'albumine. Sous le microscope on y trouve une quantité plus ou moins considérable d'éléments figurés, c'est-à-dire quelques globules rouges du sang, un plus grand nombre de corpuscules sanguins blancs et des noyaux libres.

A l'air, ce liquide se dessèche en croûtes jaunes, brunâtres, semblables à du miel ou à de la gomme.

Le gonflement, l'infiltration et l'exsudation libre correspondent généralement comme siège à l'hyperhémie qui leur a donné naissance; ils sont donc tantôt diffus, tantôt limités sur certains points.

Dans ce dernier cas, ils apparaissent le plus souvent autour des orifices des divers follicules, ou bien ils partent de l'orifice même de ces derniers, selon que l'épanchement a eu lieu dans la cavité des glandes ou des follicules.

La quantité de l'exsudat déposé peut, cependant, ne pas être dans un rapport constant avec l'intensité de l'hyperhémie. Il peut se produire un exsudat considérable, alors qu'il n'y avait qu'une hyperhémie en apparence légère, et *vice versa*.

Quant à déterminer ce que devient ultérieurement l'exsudat, on ne peut le faire que dans une certaine mesure, en séparant l'exsudation de la lésion de nutrition qu'elle détermine et qu'elle prépare.

Des exsudats qui se développent rapidement et qui sont pauvres en éléments figurés (plutôt séreux) sont parfois résorbés avec une telle rapidité, qu'ils n'ont pas pu causer un trouble appréciable dans les conditions de nutrition des tissus (érythème exsudatif multiforme, urticaire). Dans de telles conditions, on pourrait difficilement croire à une participation active des éléments fixes des tissus (prolifération des corpuscules du tissu cellulaire).

Quand l'exsudat est plus abondant ou plus riche en cellules, quand il séjourne plus longtemps dans les tissus, ou bien quand l'exsudation se répète fréquemment, ou enfin sous l'influence de circonstances qui ne peuvent pas être définies d'une manière approfondie, mais qui proviennent de la nature du processus en question, il se produit, au contraire, une altération de tissu plus ou moins appréciable, même au point de vue clinique, et qui se manifeste sous forme de prolifération des éléments de tissu.

Mais, comme l'exsudat lui-même, avec ses éléments constitutifs, sérum et cellules migratrices, n'est pas seulement employé comme une matière utilisable dans la prolifération des tissus, mais qu'il prend encore lui-même une part active à leur hypertrophie par le fait de la division de ses éléments figurés, la destinée ultérieure de l'exsudat est étroitement liée à celle des tissus enflammés ; en d'autres termes, le trouble de nutrition est le même pour tous deux et ne peut être scindé.

3° Trouble de nutrition du tissu enflammé.

Il se manifeste cliniquement sur la peau par une infiltration assez ferme du chorion, étendue ou bien limitée à certains points isolés, sous forme de papules et de nodosités ; dans les couches plus superficielles de la peau, il se traduit par une production exagérée, une accumulation et la chute de l'épiderme et des produits épidermoïdaux, des organes glanduleux de la peau (desquamation, et aussi accumulation de pigment) ; enfin, dans certains éléments ou dans tous les tissus de la peau, il se manifeste par le détachement, le ramollissement et la destruction, la disparition des éléments de tissu au milieu des phénomènes de la suppuration, de la nécrose du tissu, gangrène, ou par une hyperplasie, ou une atrophie, avec ou sans les symptômes de la métamorphose régressive.

Le trouble de nutrition qui se manifeste le premier dans la peau enflammée consiste, ainsi que nous l'apprend l'examen microscopique, en outre de la dissociation des éléments de tissu produite par l'exsudat

liquide, en une production de nombreux éléments cellulaires, de nouvelle formation, — prolifération cellulaire, — qui s'accumulent dans le tissu envahi par l'inflammation, — infiltration cellulaire.

Les cellules de nouvelle formation sont également des éléments ronds, arrondis, ovales, fusiformes, du volume des corpuscules blancs du sang avec un gros noyau réfractant fortement la lumière; il y en a d'autres qui renferment deux ou plusieurs noyaux plus petits et une masse protoplasmique finement granulée.

Ces cellules proviennent en grande partie, en même temps que l'exsudat liquide, des vaisseaux dont la paroi subit elle-même une altération pathologique résultant du processus d'inflammation, altération qui a pour effet de rendre cette paroi plus facilement perméable aux corpuscules du sang. Ces cellules apparaissent par conséquent dès le début de l'inflammation (de même que dans beaucoup de néoformations) dans le voisinage immédiat des capillaires et dans la gaine adventice des vaisseaux. Dans d'autres points cependant, elles proviennent par voie de segmentation des cellules et des noyaux, ou par voie de bourgeonnement, partant des corpuscules exsudés, de même qu'elles peuvent venir par voie de génération des éléments fixes de tissu qui existaient antérieurement, corpuscules de tissu cellulaire; ou enfin elles procèdent des produits épithélioïdes, des cellules d'enchyme des glandes, des cellules épithéliales du réseau de Malpighi.

Tous les éléments cellulaires de nouvelle formation (cellules jeunes, cellules d'inflammation, cellules de granulation, cellules d'infiltration) ont tous les caractères biologiques des corpuscules blancs du sang qui ont émigré des vaisseaux sanguins dans les tissus; c'est-à-dire spécialement qu'ils ont la faculté de changer de place, et que, par conséquent, on les trouve parfois dans un endroit éloigné du lieu de leur naissance, par exemple dans le réseau de Malpighi, alors qu'ils ont été procréés dans le chorion (cellules de migration).

La terminaison de l'inflammation est variable.

Ainsi, suivant que la prolifération cellulaire et l'infiltration de la peau ont duré plus ou moins longtemps, les phénomènes suivants se produisent :

a) Le processus inflammatoire rétrocède progressivement et la peau revient complètement à l'état normal, — résolution.

Tout d'abord l'hyperhémie diminue ; en même temps aussi l'exsudation se ralentit et s'arrête. Et, par ce fait, l'afflux des matériaux et l'excitation qui poussait les éléments fixes des tissus à la prolifération cessent également, c'est-à-dire que la production de cellules nouvelles s'arrête.

L'exsudat liquide et cellulaire qui existait dans le tissu se dissipe peu

à peu; s'il siégeait à la surface de la peau, dans la couche épithéliale, c'est en partie par évaporation, par dessiccation, qu'il disparaît; les cellules épithéliales détachées et soulevées sont expulsées comme des éléments nécrosés. Au contraire, quand l'exsudat existait dans l'épaisseur du chorion, c'est alors, vraisemblablement, par résorption qu'il disparaît; dans ce cas, les éléments cellulaires sont résorbés soit en totalité, soit peut-être après avoir subi la métamorphose graisseuse.

b) Ou bien, sous l'influence de la diminution de l'hyperhémie et de l'exsudation excitatrice de la prolifération, les cellules jeunes, mobiles, amiboïdes, se transforment en éléments fixes, comme dans le chorion, en éléments de tissu conjonctif, en éléments vasculaires, etc., parce qu'ils se réunissent en tissus cellulo-fibreux, tandis que les éléments de ces derniers augmentent en nombre dans la couche épithéliale, — hypertrophie inflammatoire. Celle-ci est fréquemment la conséquence de l'inflammation chronique, de même que la dermatite chronique, l'eczéma chronique, le psoriasis, l'œdème chronique (lymphatique), et se combine volontiers avec les formes de la dégénérescence et de la métamorphose régressive des éléments de tissu, que nous signalerons tout à l'heure.

c) Ou enfin survient la suppuration.

Au point de vue clinique, cette terminaison de l'inflammation se caractérise par le ramollissement aigu et la destruction des tissus, par le fait de la formation d'un liquide assez épais, de couleur verdâtre, — le pus.

Le pus (pus bon et louable des chirurgiens) possède, comme tous les exsudats, une réaction faiblement alcaline, et est constitué par un liquide albumineux, sérum du pus, et par des éléments cellulaires, globules du pus, tenus en suspension dans ce liquide.

De même que ce liquide correspond à l'exsudation liquide par son aspect et par sa constitution, de même les cellules du pus sont identiques, sous ces deux rapports, à celles de l'exsudat. Il est vrai que, d'une part, dans le pus, ces cellules sont en nombre relativement plus considérable que dans les exsudats proprement dits, et que, d'un autre côté, parmi elles, il y a un nombre beaucoup plus grand de cellules pourvues de deux ou de plusieurs noyaux et mélangées de corpuscules graisseux.

D'après cela, on peut dire que le pus est un exsudat dans lequel la prolifération des cellules se produit d'une manière particulièrement aiguë et abondante.

En fait, tout exsudat clair et transparent, par conséquent pauvre en cellules (celui, par exemple, qui existe dans une bulle de pemphigus), peut devenir purulent et en même temps trouble par ce seul fait que

dans cet exsudat les éléments cellulaires se sont multipliés d'une manière exagérée par voie de prolifération.

De tout temps, deux questions ont sérieusement occupé les pathologistes : 1° d'où vient le pus? 2° de quelle manière se fait la destruction des tissus qui se manifeste sous l'influence de la suppuration?

La première question trouve sa réponse dans la comparaison du pus avec l'exsudat. De même que ce dernier, le pus provient certainement, pour son élément liquide, des vaisseaux, et, pour ses éléments figurés, en partie des vaisseaux et en partie des éléments fixes de tissu. La multiplication rapide se fait ensuite par prolifération des cellules lymphatiques existantes. Ce fait, que l'on trouve si souvent des cellules purulentes à plusieurs noyaux et en voie de segmentation, plaide en faveur de cette hypothèse et pourrait dans la démonstration des phénomènes de karyokinèse considérés en eux mêmes, comme je l'indiquerai plus tard en ce qui concerne les épithéliums, être donné comme une preuve exacte.

Comment la suppuration amène-t-elle la destruction des tissus? Suivant les différentes époques, on a cherché à expliquer ce phénomène de diverses manières.

Jadis, on attribuait à tort au pus la propriété de faire fondre les tissus par le seul fait de son contact; mais aujourd'hui, on doit se faire une autre idée de la fonte, de la destruction des tissus dans la suppuration.

Pour ce qui est des formes des cellules, leur anéantissement devrait être considéré comme identique à la production du pus, et non pas comme la conséquence de cette dernière.

Puisque les éléments fixes, corpuscules de tissu conjonctif et les cellules épithéliales, produisent par eux-mêmes des cellules jeunes, des cellules de pus, leur substance est précisément employée, consommée dans cette nouvelle production. Ou bien, ainsi que le dit Stricker, nous voyons « que beaucoup de tissus sont, par le fait du processus inflammatoire, détournés de leur but fonctionnel, et amenés à un état qui répond au but de la génération, c'est-à-dire qu'ils deviennent mobiles, qu'ils se multiplient et se divisent, soit totalement, soit partiellement ».

La fonte purulente est conséquemment l'expression de la prolifération aiguë et très abondante des cellules.

Pour ce qui est de la fonte de la partie fibreuse du tissu cellulaire, les recherches les plus récentes ont montré, — ce que Virchow avait déjà antérieurement exprimé, sous forme de supposition, il est vrai, — que les petits faisceaux de tissu cellulaire désignés sous le nom de substance intercellulaire sont entrecoupés dans tous les sens de prolongements très fins des cellules (des corpuscules du tissu cellulaire), pro-

longements qui forment des réseaux s'anastomosant entre eux; que, de plus, ces prolongements, ainsi que le corps même des cellules, augmentent de volume pendant le cours de l'inflammation, et cela, sans doute, aux dépens de la substance intercellulaire (agglutinative) et finalement envahissent tout l'espace du tissu. On observe donc que la substance agglutinative disparaît dans la même proportion que les prolongements des cellules deviennent plus épais et que le réseau formé par leurs anastomoses devient lui-même plus étroit. De sorte que, finalement, le foyer de la suppuration ou de l'inflammation paraît exclusivement composé de ces cellules et représente un foyer simplement purulent.

Ce processus a été démontré pour la cornée, pour les tendons, ainsi que pour le tissu de la peau (Ravogli).

Les cellules du pus, une fois produites, une partie d'entre elles est entraînée par l'exsudat qui les pousse *a tergo*, d'autres se dessèchent, d'autres encore se gonflent par le fait de l'imbibition et éclatent, et une partie, métamorphosée par suite de l'accumulation des granulations graisseuses, disparaît par résorption.

Enfin le restant, les cellules les plus récentes, qui ont supporté le moins d'altérations chimiques et mécaniques, celles qui ont été produites par le tissu stable encore demeuré sain, et qui se trouvent sur le sol mère de la suppuration, sur le tissu qui forme le fond de la plaie (couche plasmatique, Thiersch), ces cellules, à mesure que la prolifération inflammatoire diminue, reviennent à une stabilité normale et se transforment en éléments fixes de tissu.

Les pertes de substance que la suppuration a déterminées dans le tissu du chorion (tissu connectif) sont ensuite remplacées par un tissu cicatriciel (connectif) jeune, dans lequel du tissu cellulaire, des vaisseaux, des nerfs, provenant des éléments jeunes, se reproduisent à nouveau, mais en dehors de leur groupement physiologique.

Cependant, les pertes de substance qui intéressent seulement la couche épithéliale (herpès, pemphigus) guérissent, comme bien on le comprend, sans cicatrice, puisque, dans ce cas, des produits cellulaires plus voisins ont seuls à se reformer.

Nous devrions encore exposer ici les autres terminaisons possibles de l'inflammation : la nécrobiose, sous forme de gangrène, qui se distingue, par la mortification de masses plus considérables de tissus, de la destruction purulente qui frappe les éléments isolément; la destruction moléculaire progressive et envahissante des tissus dans l'exsudation fibrineuse (inflammation croupale, diphthéritique), puis les différentes formes de l'atrophie et de la destruction dégénérative des tissus, la transformation graisseuse, amyloïde, muqueuse et colloïde, la transfor-

mation caséeuse et calcaire des produits de l'inflammation et des tissus infiltrés. Cependant, je me borne à les énumérer simplement ici, parce que j'aurai encore à les faire ressortir dans les conditions spéciales et rares de leur apparition dans les maladies de la peau, mais surtout aussi parce que vous devez connaître dejà, par la pathologie générale, l'importance et la signification de ces diverses terminaisons du processus inflammatoire.

Les maladies de la peau qui sont de beaucoup les plus fréquentes se rattachent surtout, comme nous l'avons déjà mentionné, à cette classe qui est caractérisée par l'exudation et l'inflammation.

Dans toutes les formes qui rentrent dans cette catégorie nous trouverons donc les symptômes déjà décrits de l'exsudation et de l'inflammation exprimés sous forme d'un ensemble de faits cliniques, de même que le microscope nous permettra d'y reconnaître les phénomènes que nous avons indiqués plus haut.

En effet, aussi bien, il n'y a pas de différence anatomique à noter entre les diverses formes des maladies inflammatoires de la peau ; tout au plus en présentent-elles sous le rapport de l'intensité, de l'extension et de la localisation spéciale des altérations résultant de l'inflammation, en ce que, dans certains cas, la maladie apparaît plutôt sous forme de foyers circonscrits, et que, dans d'autres, elle est diffuse, en ce que, tantôt elle atteint seulement les couches les plus superficielles, tantôt elle envahit le chorion dans toute sa profondeur, tantôt enfin elle occupe plus spécialement les glandes et le tissu périglandulaire. En particulier, les faits histologiques, tels que le microscope permet de les reconnaître jusqu'ici, sont assez concordants dans toutes les affections inflammatoires de la peau, dans les efflorescences initiales (Stippchen) de la variole, comme dans les papules de l'eczéma, du prurigo, du lichen ortié et du psoriasis ; l'état histologique dans la vésicule de l'herpès ne diffère pas de ce que l'on voit dans celle de l'eczéma, etc. L'importance que certains auteurs ont cru pouvoir attribuer au détail histologique révélé par le microscope se trouve, par cela même, réduite à une juste mesure. Vous saurez donc que l'examen microscopique nous fournit bien une connaissance très instructive, sans doute, des modifications les plus fines qui se produisent dans les tissus, et, par conséquent, aussi, quelques éclaircissements sur les symptômes cliniques ; mais il nous donne à peine quelques signes distinctifs entre les diverses formes de maladies de la peau qui offrent tant d'analogie les unes avec les autres, je veux dire les maladies cutanées inflammatoires.

Mais ces maladies présentent des différences très tranchées sous le rapport de leurs caractères cliniques, de leur étiologie, de leur marche, de leur aspect, de leur importance et de leurs conséquences, pour la

peau et pour l'organisme entier. Sur cette base, les dermatoses inflammatoires se rangent en plusieurs groupes et subdivisions qui facilitent au mieux l'étude des diverses formes.

Afin de vous donner, par avance, un guide pour explorer le groupe si nombreux des dermatoses exsudatives, je vous ferai observer qu'elles se divisent d'abord en deux principaux groupes naturels, par ce fait que les unes affectent constamment ou d'une manière prépondérante une marche cyclique aiguë et typique, c'est-à-dire qui ne se détourne pas d'une règle fixe et connue, tandis que les autres ont toujours et partout une marche plus spécialement chronique.

Parmi les maladies exsudatives aiguës, celles que l'on distingue sous le nom d' « exanthèmes (1) aigus », rougeole, scarlatine et variole, forment

---

(1) EXANTHÈMES — ἐξ, au dehors, et ἄνθος, fleur — littéralement *efflorescence*, n'a pas de signification traditionnelle absolue : Dans les livres hippocratiques, on ne trouve le mot usité qu'au *pluriel :* ἐξανθήματα, et exclusivement employé pour désigner, *non* des maladies, mais des éruptions diverses, à éléments multiples, aiguës, plus ou moins généralisées, ordinairement éphémères, sans caractère pronostique spécial, et constatées soit préalablement, soit au début, soit au déclin de diverses maladies. Dans Celse, nous n'avons trouvé qu'une seule fois le mot ἐξανθήματα : «... *nam modo circa totum corpus partemve aspritudo quædam fit, similis iis pustulis quæ ex urtica, vel sudore nascuntur,* ἐξανθήματα *Græci vocant.* »

Avec SAUVAGES, les exanthèmes sont individualisés, ils deviennent des maladies dont la *fièvre éliminatoire* est l'élément essentiel, et ils comprennent surtout ce que l'on appelle aujourd'hui *pyrexies exanthématiques* ou *fièvres éruptives;* mais avec PINEL, ils redeviennent de simples éruptions cutanées phlegmasiques, et il en est de même pour Willan et Bateman, et pour toute l'École française willanique, Rayer, Cazenave, etc.

Willan et Bateman rejettent toute idée de nature, ne tiennent aucun compte de la fièvre, de la contagiosité, etc., et ne veulent voir que le phénomène de l'*éruption ;* la qualité d'exanthème réside « dans des rougeurs superficielles occasionnées par une direction insolite du sang, quelquefois avec une extravasation partielle ». Dans la classification de Willan, les exanthèmes constituent l'ordre III, entre les squames, ordre II, et les bulles, ordre IV. Biett et Cazenave suivent exactement la même classification ; pour tous, l'exanthème est une simple lésion élémentaire. Voici le texte littéral de CAZENAVE et SCHEDEL (4[e] édit., Paris, 1847, p. 29) : « EXANTHÈMES, *exanthemata.* On désigne sous ce nom des taches plus ou moins rouges, de formes diverses, plus ou moins étendues, disparaissant sous la pression du doigt pour aussitôt reparaître, et se terminant par délitescence, par résolution ou desquamation. »

Pour Alibert, les exanthèmes sont ces affections cutanées aiguës qui ont « leur moment d'incubation, leur moment d'invasion, leur

un groupe naturel, celui des maladies contagieuses, auquel est opposé un autre groupe de formes aiguës non contagieuses. Sous ce dernier nom, on désigne une série de maladies caractérisées par la prédominance d'une altération vasomotrice de la tonicité vasculaire (angionévroses) qui, cliniquement, peut se manifester sous l'aspect d'une simple rougeur, ou bien encore est accompagnée d'une exsudation séreuse modérée, — formes érythémateuses : érythème polymorphe, érythème noueux, pellagre, acrodynie, roséole, urticaire. Dans une seconde série de maladies à marche aiguë et typique, un trouble nerveux donne l'impulsion à l'inflammation, et l'exsudation tient le premier rang, en ce que, dans ces maladies, il y a production de vésicules, — formes vésiculeuses : herpès facial, préputial, zona, herpès iris et circiné, miliaire, pemphigus aigu. Dans la troisième série enfin, les symptômes de l'inflammation, rougeur, élévation de température, gonflement (infiltration) et douleur et toutes les terminaisons possibles de l'inflammation, arrivent à leur expression complète, — dermatites proprement dites, inflammations de la peau. Les formes qui appartiennent à cette dernière catégorie peuvent être produites par des lésions traumatiques, chimiques ou dynamiques — dermatite idiopathique, comprenant la dermatite traumatique, celle qui est produite par des substances vénéneuses ou par l'action du calorique (brûlure et congélation), ou bien elles sont, les unes toujours, les autres accidentellement, l'expression d'un empoisonnement local ou général dont les causes sont des organismes bactériens déterminés ou certaines substances chimiques toxiques provenant d'une manière générale, soit de l'organisme humain, soit des animaux, — dermatite infectieuse : érysipèle, furoncle, anthrax, pseudo-érysipèle, pustule d'infection cadavérique et les zoonoses par excellence, la pustule maligne et la morve.

---

moment d'apparition, leur moment de maturation, leur moment de dessiccation, comme les fleurs des végétaux auxquelles les pathologistes les comparent ».

Bazin reprend la doctrine de Sauvages, individualise nettement les *exanthèmes* qui comprennent les fièvres éruptives *contagieuses*, et crée, pour les efflorescences non contagieuses la dénomination de *pseudo-exanthèmes*.

Toutes ces distinctions ont aujourd'hui perdu quelque peu de leur importance; la dénomination d'exanthème, employée sans qualificatif, conserve sa signification hippocratique et étymologique, et elle n'a de signification individualisée véritablement que si elle est accompagnée d'un qualificatif : exanthèmes aigus, subaigus ou chroniques, contagieux ou non contagieux, fébriles ou apyrétiques, etc., etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Dans ces maladies, l'inflammation peut, ou bien atteindre seulement les couches superficielles de la peau et se terminer par résolution, comme dans les formes ordinaires de l'érysipèle, ou bien elle peut pénétrer jusque dans les couches les plus profondes et amener la suppuration, comme dans le phlegmon; enfin, elle survient tantôt à l'état diffus, comme dans le phlegmon; tantôt à l'état circonscrit, comme dans le furoncle.

Au grand nombre de formes aiguës de l'exsudation est opposé un nombre non moins grand de dermatites à marche chronique qui, à leur tour, peuvent être groupées, suivant leurs caractères particuliers, en plusieurs subdivisions.

Les énumérer à cette place serait de peu d'utilité. Il sera de beaucoup préférable, après que vous aurez appris à connaître à fond toutes les formes qui se rattachent à cette catégorie, de vous les représenter encore une fois dans un tableau d'ensemble.

Nous allons donc nous occuper d'abord des maladies exsudatives aiguës de la peau et, en premier lieu, des formes contagieuses, c'est-à-dire des « exanthèmes aigus ».

ONZIÈME LEÇON

A. DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUËS

a). *Dermatoses exsudatives aiguës, contagieuses.*

EXANTHÈMES AIGUS (1)

Caractères communs des exanthèmes aigus. — Rougeole.

La rougeole, la scarlatine et la variole forment le groupe des exanthèmes aigus ou exanthèmes par excellence.

Ces exanthèmes représentent des formes pathologiques produites par

---

(1) Nous avons déjà fait remarquer plus haut que les fièvres éruptives n'étaient pas des maladies de la peau et qu'elles ne devaient pas être distraites de la pathologie interne générale; cependant, pour ne pas tronquer l'œuvre du professeur Kaposi, et pour ne pas priver nos lecteurs de ses très remarquables Leçons sur les exanthèmes aigus contagieux, nous en donnons ici la reproduction intégrale.

Mais, pour toutes les leçons qui traitent des fièvres éruptives, nous nous sommes abstenus absolument de commentaires ou de notes, d'une part parce que nous rejetons ces affections hors du cadre de la pathologie cutanée, et, de l'autre, pour ne pas surcharger cet ouvrage.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

des contages spécifiques ; outre l'état morbide qu'ils amènent dans l'organisme en général, et leur marche aiguë, fébrile, typique, ils se distinguent encore par des altérations spécifiques du tégument externe et par une succession régulière des symptômes locaux et généraux.

Une étude attentive démontre que la concordance dans les phénomènes généraux des exanthèmes se manifeste essentiellement par les caractères suivants :

1° Leur contagiosité, c'est-à-dire qu'ils ne surviennent que par infection et qu'ils se transmettent à d'autres personnes ;

2° Entre le moment de l'infection et l'explosion de la maladie il s'écoule un intervalle déterminé de jours de bonne santé relative (incubation);

3° L'éruption de l'exanthème est précédée d'une fièvre qui, sous le rapport de l'intensité et de la durée, est dans une certaine relation régulière avec la détermination cutanée;

4° Les modifications du tégument commun (exanthème), outre leur caractère anatomique, spécifique, présentent un type régulier dans leur marche, leur développement, leur durée et leur disparition ;

5° Pendant la durée de l'exanthème et après sa disparition, l'état de maladie concomitante de l'organisme se manifeste, en dehors de la fièvre, encore par d'autres phénomènes morbides simultanés ou consécutifs, preuve évidente que ce sont des maladies infectieuses;

6° Les exanthèmes aigus, par ce fait que le contage qui leur correspond se régénère dans l'organisme atteint et se transmet à d'autres personnes, surviennent souvent sous forme épidémique;

7° Enfin, les exanthèmes aigus ne frappent ordinairement un individu qu'une seule fois dans sa vie.

L'altération caractéristique qui apparaît dans le tégument commun, l'exanthème cutané, représente, au point de vue sémiotique et pathologique, le point central, le nœud proprement dit de tout le processus morbide autour duquel les autres symptômes se groupent dans un ordre que l'on peut étudier d'après la moyenne des cas. Cela nous permettra de fixer dans la marche des exanthèmes des étapes déterminées, qui en délimitent les diverses périodes. C'est ainsi qu'on peut admettre :

1° La période d'incubation; c'est le temps qui s'écoule depuis le jour de la contagion réellement constatée ou présumée, jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie ;

2° Période des prodromes; elle se manifeste par la première explosion de la fièvre et par un ensemble de symptômes correspondant à l'apparition de la fièvre et dure jusqu'à l'éruption;

3° La troisième période commence avec l'éruption cutanée caractéristique; celle-ci cède immédiatement la place à la période suivante.

4° Période de floraison, qui correspond à la durée de l'éruption cutanée et se termine à la desquamation;

5° La période de dessiccation, de desquamation, ou de chute des croûtes, qui mène à la convalescence et à la guérison.

En raison de la marche toujours aiguë des exanthèmes, leurs diverses périodes se comptent seulement par jours, mais elles peuvent être d'ailleurs très différentes suivant le caractère et l'intensité de la maladie, et aussi suivant les individus. Seule la période de décrustation (dans la variole) peut se prolonger jusqu'à plusieurs semaines.

Malgré la concordance frappante de leurs caractères généraux, ces exanthèmes forment trois maladies spécifiquement différentes les unes des autres, dont chacune a un contage particulier et un cachet pathologique spécial. Bien plus, les exanthèmes s'excluent mutuellement jusqu'à un certain point, soit dans les formes sporadiques, soit dans les formes épidémiques.

Relativement à ce dernier point, on sait par expérience que, quand un de ces exanthèmes règne sur une certaine étendue de pays sous forme d'une épidémie importante, les autres ne se produisent pas ou ne surviennent que d'une façon sporadique au milieu de la population atteinte, et que les épidémies de rougeole, de scarlatine et de variole se montrent alternativement ou se suivent.

Pour un même individu, on admet généralement aussi qu'il ne peut pas être atteint simultanément de deux exanthèmes, tandis que d'autres maladies de la peau, comme l'eczéma, le psoriasis, la gale et même les exanthèmes infectieux et constitutionnels comme la syphilis, peuvent parfaitement se trouver chez un même malade en même temps que la rougeole, la scarlatine ou la variole.

Dans ces dernières années, il est vrai, on a rapporté, en pathologie infantile particulièrement, beaucoup de cas d'apparition simultanée de deux exanthèmes aigus, rougeole avec scarlatine, variole avec scarlatine. A la vérité, on n'a pas prétendu que la rougeole et la scarlatine fussent apparues simultanément, dans le sens strict du mot, chez un enfant, et aient persisté l'une à côté de l'autre. On a voulu dire simplement, par exemple, que l'éruption rubéolique durant encore avec ses caractères propres, il survenait tout à coup une fièvre intense suivie le troisième jour d'une éruption manifeste de scarlatine avec les autres symptômes particuliers à cette dernière, de sorte que cette fièvre avait le caractère de la fièvre prodromique du second exanthème. Dans ces cas, et dans d'autres cas encore, il est vrai, il s'agit formellement d'une succession rapide des deux exanthèmes, mais, en réalité, aussi d'une simultanéité de ces deux maladies, et cela parce que le contage du second exanthème, à cause de la durée moyenne de l'incubation, devait certai-

nement avoir déjà séjourné dans l'organisme au moment où le premier exanthème était en plein développement.

Hebra, comme d'autres médecins, a vu deux exanthèmes aigus se succéder l'un à l'autre, c'est-à-dire que le second apparaissait quand le premier venait justement de disparaître, mais il n'a pas vu l'existence simultanée de deux exanthèmes telle que plusieurs médecins d'enfants prétendent l'avoir observée. Il est bien possible qu'un certain nombre de ces faits repose sur des erreurs, en ce que l'on aura pris pour un second exanthème ce que l'on appelle la poussée secondaire, c'est-à-dire un développement nouveau et plus fort d'un exanthème qui était déjà en voie de décroissance, ou bien un érythème qui est survenu comme complication, ou une urticaire ; mais cela n'affaiblit en rien la valeur des faits qui ont été publiés à ce sujet. Moi-même, il est vrai, comme Hebra, je n'ai jamais observé l'existence simultanée de deux exanthèmes aigus ; mais la possibilité du fait ne me paraît pas être une chose inouïe, puisque, dans les cas où deux exanthèmes aigus se succèdent rapidement l'un à l'autre, tout au moins les contages des deux maladies existent simultanément dans l'organisme et que, finalement, la rougeole, la scarlatine et la variole représentent des maladies essentiellement différentes les unes des autres.

Nous allons maintenant étudier les particularités relatives aux exanthèmes aigus.

ROUGEOLE

On désigne sous les noms de rougeole (*Masern*, *morbilli*, *Flecken*, *Rubeolæ*, *Rotheln*, *measles*, etc....) une maladie caractérisée par l'apparition de taches rouges, séparées les unes des autres, irrégulières, et de papules sur tout le tégument commun ; par une fièvre concomitante, un catarrhe des voies respiratoires, une marche aiguë typique, et enfin par la contagiosité.

Citée depuis longtemps dans la littérature médicale (Razès), la rougeole a été décrite pour la première fois d'une manière caractéristique et approfondie par Sydenham et Morton (1670-1674).

Les symptômes les plus essentiels de la rougeole sont représentés par l'exanthème, la fièvre et le catarrhe de la muqueuse des premières voies respiratoires. Ce qui également la caractérise, c'est que ces symptômes se développent d'après un type déterminé, régulier. Plus la marche d'un cas de rougeole répond à ce type, plus cette rougeole est considérée comme normale. Mais il y en a d'autres qui présentent sous

divers rapports des différences notables avec ce type normal : on les appelle rougeoles anomales.

On doit compter le début de la maladie à partir du moment où le sujet a reçu d'un individu atteint de rougeole, soit directement, soit indirectement, l'agent qui constitue le contage.

Dès lors commence la période d'incubation, début dont on n est généralement pas certain, il est vrai, parce qu'il ne se manifeste par aucun genre de symptômes morbides. Mais, en considération des phénomènes qui suivent cette période, on doit, dans chaque cas, l'estimer approximativement d'une manière rétrospective. Elle dure en moyenne huit jours, rarement plus, jusqu'à vingt et un jours. On a constaté cette durée moyenne de la période d'incubation, d'une part, dans les cas où le moment de la contagion était exactement connu, et, d'autre part, dans les inoculations artificielles (expérimentales) que l'on a faites du virus rubéolique, au moyen des larmes ou des produits de la sécrétion nasale de sujets atteints de rougeole. Ces inoculations ont été bien des fois pratiquées depuis Home (1758) et ont donné, pour la période d'incubation, la moyenne que nous avons citée plus haut.

Dans de rares cas seulement l'incubation se manifeste dans une certaine mesure par du malaise, de la lassitude, ou bien il survient, à la fin même de cette période et immédiatement avant le début de la seconde, un mouvement fébrile modéré et atypique.

La période prodromique est caractérisée par de la fièvre et du catarrhe des muqueuses. Elle se manifeste par un accès de fièvre avec frisson et chaleur consécutive, et par l'ensemble des symptômes fébriles connus : peau sèche, chaude entre 39 et 40 degrés, rarement avec vomissements; dans des cas extrêmement rares, surtout quand il s'agit d'un jeune enfant, on peut observer, durant cette période, des convulsions qui cessent rapidement.

Au second et au troisième jour, la fièvre a disparu, ou est très atténuée, ou bien elle présente le soir des exacerbations modérées, de sorte que les malades paraissent être tout à fait bien.

Cependant, le catarrhe qui a en même temps frappé la muqueuse des premières voies respiratoires augmente ; il est déjà pathognomique de la rougeole au début. Il commence par la muqueuse du nez, et envahit bientôt aussi la conjonctive, la muqueuse du palais, de la gorge et du larynx ; des éternuements fréquents, l'injection, le chémosis de la conjonctive, un sentiment de pression dans la région frontale, tels sont les premiers symptômes. Ils sont bientôt suivis d'un larmoiement abondant, de photophobie ; la muqueuse nasale sécrète d'une façon exagérée, parfois aussi elle saigne ; les narines ne sont pas libres, la figure est bouffie, les paupières œdématiées. Sur le voile du palais on trouve fré-

quemment, avec une vascularisation assez forte de la muqueuse, des petits points et des taches rouges que les praticiens expérimentés peuvent considérer comme un prodrome caractéristique d'une rougeole prochaine; généralement, le gonflement des amygdales et la dysphagie sont insignifiants. Une toux sèche, rauque, férine et convulsive avec expectoration muqueuse modérée, et l'enrouement, révèlent le catarrhe du larynx et des bronches.

L'exanthème manque encore à cette époque.

La période prodromique dure de trois à cinq jours; rarement, comme chez les enfants anémiques, scrofuleux, elle se prolonge jusqu'à huit et même dix jours.

La période d'éruption commence alors, avec une nouvelle exacerbation de la fièvre et l'apparition de l'exanthème caractéristique.

La fièvre d'éruption s'accompagne d'une augmentation persistante de la température jusqu'à 40 et 41 degrés. Elle se maintient au même degré encore dans la période suivante et atteint d'ordinaire son maximum en même temps que l'exanthème, qui se développe avec la fièvre, arrivé lui-même à son summum, ce qui coïncide avec le deuxième ou le troisième jour de la période d'éruption, c'est-à-dire le quinzième jour environ depuis le moment de l'infection. Les symptômes généraux, la bouffissure et la rougeur de la face, ainsi que le catarrhe des voies respiratoires, augmentent aussi dans la même proportion que la fièvre.

L'exanthème apparaît d'abord au visage, sur le front et les tempes, et s'étend rapidement, en vingt-quatre à trente-six heures, sur le cou, la région occipitale, le tronc et les épaules, et apparaît en général en dernier lieu sur les membres où l'éruption est plus confluente sur le côté de l'extension que sur celui de la flexion, principalement au niveau des articulations.

C'est dans la période de floraison (du quatrième au sixième jour de la maladie) que la fièvre et l'exanthème atteignent leur maximum; la fièvre commence à tomber bientôt après que l'éruption a atteint son plus haut développement.

C'est vers ce moment que l'exanthème présente sa coloration la plus intense; il s'étend aussitôt sur le tronc et les membres, tandis qu'il reste à l'état stationnaire sur les parties primitivement envahies. La paume de la main et la plante du pied ne sont pas exceptées. Mais c'est à peine si l'exanthème se maintient plus de douze à vingt-quatre heures à ce degré; aussitôt après, il commence à diminuer.

La rougeole se montre sous forme de taches de la grandeur de l'ongle, d'un rouge vif, bleuâtre et même rouge jaunâtre, plates ou légèrement élevées, pâlissant sous la pression du doigt (rougeole légère),

ou de petites papules fines, rouges, correspondant aux orifices des follicules (rougeole papuleuse); ces efflorescences ressemblent aux efflorescences primaires (*Stippchen*) de la variole. En certains endroits, les taches se réunissent sur de grandes étendues, presque jusqu'à être confluentes ; cependant, il reste toujours entre les surfaces rubéolées des portions de peau conservant leur coloration normale. Jamais on n'observe une confluence complète. Quelquefois, les taches sont comme déchiquetées sur les bords, irrégulières, souvent en forme de demi-cercles ; jamais leur couleur ne va en se dégradant à la périphérie, elle est toujours nettement tranchée. Chez les nouveau-nés, la rougeole se présente exceptionnellement sous forme de petits points rouges. Au niveau des taches, que la pression du doigt fait pâlir, la peau présente une teinte jaunâtre d'autant plus foncée que l'éruption est plus ancienne. Enfin, l'exanthème s'accompagne parfois d'une légère sensation de brûlure et de démangeaison.

Après s'être maintenu pendant quelques heures à cette hauteur, comme extension et comme rougeur d'injection, l'exanthème diminue généralement dans l'ordre de son apparition, en laissant après lui une pigmentation d'un brun jaunâtre allant jusqu'au brun.

Cependant, la fièvre a notablement diminué. De même, le gonflement du visage et le catarrhe des muqueuses ont perdu de leur acuité, tout au moins le catarrhe de la gorge et des voies aériennes. A ce moment, la maladie passe à la période de desquamation, qui est complètement sans fièvre et qui, pendant un certain temps encore, s'accompagne des affections catarrhales que nous avons signalées, mais qui vont toujours en diminuant d'intensité. Le sommeil et l'appétit reparaissent.

Sur la peau qui pâlit et qui est le siège d'une transpiration modérée, au niveau des régions jadis occupées par l'exanthème, il se produit, surtout aux parties qui sont à découvert, figure, cou, mains, une desquamation ressemblant à du son ; cette desquamation dure souvent plus de quinze jours, à partir du début de l'éruption, parfois elle s'accompagne d'un violent prurit. La guérison est alors réalisée.

Telle est la marche normale de la rougeole ; mais il y a des cas qui présentent dans tel ou tel symptôme, ou bien dans le rapport des divers symptômes entre eux, des anomalies qui peuvent ou simplement donner naissance à des erreurs de diagnostic ou de pronostic, ou rendre par elles-mêmes la maladie sérieuse ou dangereuse ; quelques-unes sont, au contraire, tout à fait insignifiantes. Ces diverses anomalies, alors qu'elles se présentent chez des malades isolés, sont motivées individuellement soit par des circonstances spéciales de l'organisme, particulièrement des états pathologiques de la santé générale, anémie, tuberculose, scrofules; soit par les conditions extérieures défavorables

dans lesquelles l'individu vit : habitation malsaine, mauvaise nourriture, défaut de soins de propreté; ou bien elles sont déterminées par le génie particulier des diverses épidémies, auquel cas on les retrouve chez beaucoup de malades en même temps et avec le cachet spécial de l'épidémie actuelle.

Ainsi l'exanthème peut, en dehors de la succession normale des faits, au lieu de se montrer d'abord à la figure, apparaître sur le tronc et sur d'autres parties du corps, ou bien être partout incomplètement développé; au lieu de deux ou trois jours, il peut rester sept à dix jours en floraison, et, dans ce cas, il a une couleur particulièrement foncée et laisse après lui une pigmentation plus forte qu'à l'ordinaire. D'autres fois, au milieu de la période de floraison, on le voit pâlir brusquement et ensuite reparaître au bout d'un à deux jours (rougeole secondaire). Il ne faut pas confondre cette réapparition avec une nouvelle attaque de rougeole; pour admettre cette dernière hypothèse, il faudrait qu'il se fût écoulé plusieurs semaines entre le premier et le second exanthème, et tout au moins que la période de desquamation fût complètement terminée. La brusque disparition de l'éruption est toujours la conséquence d'une complication fébrile, mais elle n'en est pas la cause. Cette complication ne dure-t-elle qu'un court espace de temps? L'éruption peut se reproduire. Si, au contraire, en raison de sa nature, elle persiste plus longtemps, comme une pneumonie, alors l'exanthème ne reparaît plus. Or, comme ce sont des complications souvent dangereuses pour la vie, ou même mortelles, qui causent cette brusque disparition de l'exanthème, il est facile de comprendre que l'apparition de ce symptôme est toujours fâcheuse et que l'on doit la considérer comme un pronostic mauvais. Seulement il ne faut pas, au point de vue pathologique, confondre la cause avec l'effet. Que pendant la période de desquamation la rougeole puisse se montrer encore une fois, ainsi que l'admettent quelques médecins, cela ne me paraît pas exact, et je crois que, dans ce cas, on a confondu un érythème ou une urticaire avec une seconde attaque de rougeole.

Enfin, dans le cours d'une rougeole, l'exanthème lui-même peut manquer complètement, alors que tous les autres symptômes de la rougeole, la fièvre avec son type normal, le catarrhe des muqueuses et les circonstances bien constatées de l'infection rubéolique, comme le contact avec un frère ou une sœur ayant la rougeole, et enfin l'existence d'une épidémie morbilleuse, permettent réellement d'admettre que l'on a bien sous les yeux un cas de cette affection. On dit alors que c'est une rougeole sans rougeole, analogue à ces cas dans lesquels les symptômes fébriles font défaut, rougeole apyrétique.

Il existe également des anomalies sous le rapport du caractère mor-

phologique et de l'intensité de l'éruption. C'est ainsi qu'on distingue la rougeole légère et la rougeole papuleuse, qui rentrent dans le groupe des éruptions normales, puis les rougeoles vésiculeuses ou miliaires (*Frieselmasern*) et les rougeoles confluentes, qui toutes permettent encore un pronostic favorable, et enfin les rougeoles hémorrhagiques. Des pétéchies, c'est-à-dire des taches produites par une exsudation du sang et qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt, peuvent se montrer, dans tous les cas où l'exanthème est fortement développé, mêlées aux taches ordinaires de la rougeole. Ces pétéchies sont l'expression d'une exagération des altérations des parois vasculaires qui existent dans toute hyperhémie active, exagération qui fait que ces parois deviennent sur certains points plus perméables ou même se laissent plus facilement déchirer. Toutefois, on ne peut qualifier un exanthème du nom de rougeole hémorrhagique que dans les cas où cette transsudation sanguine domine. Ces pétéchies indiquent toujours un état dangereux, parce que, habituellement, elles sont la manifestation locale d'une disposition générale aux hémorrhagies et qu'elles sont liées à des épistaxis abondantes et difficilement répressibles, — rhinorrhagie, — à des hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin, à des crachements hématiques qui indiquent une pneumonie lobulaire ou lobaire, avec altération du sang et les symptômes fébriles correspondants, avec un pouls d'abord plein et fréquent, puis bientôt faible et filiforme, tous états qui ordinairement se terminent par la mort. Ces pétéchies constituent un symptôme fréquent de la rougeole typhoïde ou nerveuse, ou putride, — *Morbillen-typhus*.

Cette anomalie générale des symptômes de la rougeole appartient à la période éruptive de la maladie.

Mais alors même que l'exanthème ne présente pas cet état hémorrhagique, les symptômes fébriles et l'ensemble des phénomènes généraux peuvent, par l'exagération de chacun d'eux, ou bien par le fait de toutes sortes de complications dont nous allons citer quelques-unes, altérer la marche normale de la rougeole et donner à la maladie un caractère typhoïde. La tuméfaction de la rate et des évacuations intestinales abondantes accompagnent, en général, un typhus morbilleux de cette nature.

Comme complication de la rougeole, on voit quelquefois apparaître, pendant la période prodromique, une épistaxis difficile à arrêter et qui épuise le malade. Dans les cas où l'exanthème a le caractère hémorrhagique, cette épistaxis peut encore persister pendant la période éruptive et déterminer dansla marche de la rougeole un caractère typhoïde avec fièvre intense, sécheresse de la langue et des symptômes de compression cérébrale, ou bien elle peut devenir le point de départ d'une

affection scorbutique. A cet ordre de faits se rattachent la stomacace et le noma avec gangrène étendue de la muqueuse buccale et de la face, avec infarctus hémoptoïques des poumons et gangrène pulmonaire.

La laryngite, sous forme de faux croup, appartient à la période prodromique de la rougeole et est caractérisée par une toux rauque, férine, ou spasmodique, parfois avec inspiration convulsive ; cet état, qui est simplement l'expression d'un catarrhe violent du larynx, disparaît au moment de l'éruption. La laryngite croupale ou diphtéritique proprement dite, le vrai croup, apparaît pendant la période éruptive de l'exanthème ou pendant la desquamation; elle se manifeste par une nouvelle augmentation de la fièvre, et est caractérisée par les dépôts de fausses membranes caractéristiques et qui s'étendent même sur la muqueuse du pharynx, et par une toux rauque, éteinte. Dans la plupart des cas, le croup amène la mort par suffocation ou par dissolution du sang, ou par des complications pulmonaires (pneumonie ou bronchite fibrineuse), cérébrales, etc.

Après les affections catarrhales et fibrineuses de la trachée et des bronches, la pneumonie est la complication la plus fréquente de la rougeole, pneumonie lobaire, survenant généralement pendant le maximum de l'éruption, ou même déjà au début de celle-ci ; pneumonie souvent lobulaire, comme maladie consécutive. Dès que la pneumonie apparaît, l'exanthème se dissipe. Cependant, la plupart des inflammations pulmonaires suivent une marche favorable, sauf celles qui sont le résultat de la propagation du croup.

Les tubercules miliaires, qui se manifestent chez les enfants par les symptômes de l'hydrocéphalie aiguë, apparaissent quelquefois au début de la rougeole, ou même pendant le cours de l'exanthème, et amènent promptement la mort.

Pour ce qui est de la complication de la rougeole avec d'autres maladies de la peau, ces dernières, lorsqu'elles existaient antérieurement à l'exanthème, comme l'eczéma chronique, le psoriasis, se dissipent en partie pendant la rougeole, ou bien elles disparaissent complètement, ou enfin elles se reproduisent pendant la convalescence. En outre, on voit quelquefois apparaître une urticaire, un érythème, ou même quelques vésicules.

Comme dans les autres empoisonnements du sang, de même dans la rougeole qui représente une maladie infectieuse, toutes les complications et toutes les suites possibles se rencontrent en nombre pour ainsi incalculable. Les maladies qui succèdent le plus souvent à la rougeole sont : l'ozène, le catarrhe chronique du larynx et des poumons, le catarrhe intestinal, des ophtalmies, l'inflammation chronique des

ganglions sous-maxillaires, bronchiques et médiastinaux (Widerhofer), inflammation qui peut se terminer par la suppuration ou par une transformation caséeuse, la scrofule, l'anémie, etc., tandis que les affections des reins sont assez rares. Au contraire, la coqueluche est extrêmement fréquente.

Les lésions anatomiques de l'exanthème morbilleux sont très simples; d'après l'aspect clinique elles consistent en une injection des vaisseaux les plus fins qui sont disposés autour des orifices des follicules ou des vaisseaux des divers groupes de papilles, avec une transsudation séreuse modérée. Après la mort, ces symptômes les plus essentiels de la rougeole ont disparu. Le microscope n'a pas encore montré jusqu'à présent, dans les couches de l'épiderme et dans le tissu des papilles, de lésions permettant de conclure à une prolifération des cellules, ce qui s'explique aussi par le peu d'intensité et de durée des altérations que l'on constate par l'observation clinique. G. Simon prétend avoir observé une forte proéminence de la portion de peau correspondante à une papule rubéolique. Mayr et Hebra expliquent la formation des efflorescences morbilleuses par une inflammation des follicules sébacés. Il me semble que ces éléments éruptifs correspondent généralement aux conduits excréteurs des follicules pileux ou des glandes sébacées, mais sur beaucoup de points aussi ils sont formés par le gonflement des papilles et du réseau muqueux placé au-dessus de ces dernières; ces faits concordent avec les dernières recherches de J. Neumann.

Dans les rougeoles combinées avec des pétéchies ou des vésicules, les lésions anatomiques sont localement celles que présentent ces efflorescences dans d'autres maladies.

Quant aux altérations du sang et des organes internes que l'on rencontre dans les autopsies à la suite de la rougeole, elles répondent aux complications que dans chaque cas on a observées au lit du malade, complications graves et qui souvent se terminent par la mort.

La cause de la rougeole gît dans le contage particulier à cet exanthème, dans les circonstances qui mettent les personnes en rapport avec cet agent et dans la disposition qui les rend aptes à le recevoir.

On n'a pas encore réussi jusqu'à présent à démontrer physiquement le contage de la rougeole. Il est admis qu'il doit être de nature organique, peut-être un végétal du genre des cocci ou des bactéries. Il se régénère et se multiplie dans l'organisme qui en est infecté, lequel devient par là une source d'infection pour d'autres personnes. Les agents du contage rubéolique sont les produits d'excrétion des muqueuses atteintes de catarrhe, la sécrétion du nez, les crachats, les larmes et aussi le sang de morbilleux (Home, Speranza, Katona, etc.). Des inoculations pratiquées dans un but expérimental avec ces diffé-

rents liquides ont eu pour résultat l'explosion de la maladie après le délai d'incubation normal. Mais l'exhalation des poumons et de la peau pendant la période prodromique et pendant le cours de l'exanthème transporte aussi le contage qui est ainsi répandu dans l'atmosphère sous forme volatile. Il suffit, par conséquent, de séjourner un certain temps dans l'atmosphère d'un malade atteint de rougeole pour absorber la matière d'inoculation.

Les sujets atteints de rougeole peuvent-ils transmettre la maladie pendant la période de desquamation et par les produits de la desquamation? Les avis sont partagés sur cette question.

L'aptitude à prendre la rougeole est à peu de chose près la même pour tout le monde, mais elle manque chez les individus qui ont déjà été atteints de la maladie. Il y a cependant de nombreux exemples de sujets qui ont eu deux et même trois fois la rougeole à des intervalles de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou de plusieurs années. Les enfants dans la première année de la vie et les vieillards paraissent moins disposés à la rougeole. Le plus gros contingent est fourni par des enfants de deux à dix ans, de sorte que la rougeole représente une maladie de l'enfance proprement dite.

Les maladies aiguës, fébriles, ne protègent pas contre l'aptitude à prendre le contage. Cependant l'explosion de la rougeole est généralement retardée jusqu'à la cessation de ces maladies. La rougeole est grave et dangereuse chez les femmes enceintes et chez les accouchées. On a publié des cas de rougeole chez des nouveau-nés dont la mère avait été atteinte de cet exanthème vers l'époque de son accouchement.

La contagion se fait par rapport direct avec un individu atteint de rougeole, ou même simplement en respirant ses exhalaisons, quand on séjourne quelque temps dans son voisinage. Combien de temps faut-il pour prendre le contage? Cela doit varier beaucoup suivant la disposition individuelle et suivant l'intensité des agents contagieux, qui varie elle-même dans les diverses épidémies et dans chaque cas particulier. Il est certain qu'il suffit d'approcher un sujet atteint de rougeole pendant un seul instant pour être infecté. Certainement le contage s'attache aux vêtements et aux objets mobiliers, et peut ainsi être transporté au loin par des personnes bien portantes qui le transmettent à d'autres. Cependant, sous ce rapport en particulier, de même que sous celui de la durée de son action, le contage de la rougeole paraît être inférieur à celui des autres fièvres éruptives, de sorte que ni les malades dont la rougeole est terminée, ni leurs vêtements, ni les chambres qu'ils ont habitées, ne conservent leur contagiosité au delà du dernier cas qui s'y est produit.

Par la faculté de contagion directe ou indirecte qu'elle possède, la

rougeole frappe ordinairement tous les enfants d'une même famille qui n'en ont pas encore été atteints, et, partant du lieu de son apparition, elle s'étend aussitôt à un grand nombre de personnes qui en avaient été exemptes jusque-là. C'est ainsi que surviennent les épidémies de rougeole. Dans les grandes villes on n'est jamais sans voir quelques cas sporadiques de rougeole, et tous les trois ou quatre ans survient une épidémie assez considérable. Dans des pays qui ont peu de communications avec les autres, en raison de leur situation écartée, où depuis longtemps ou même jamais il n'a régné d'épidémie de rougeole, et où par conséquent un grand nombre de résidents, sinon tous, n'ont jamais eu cet exanthème, la rougeole, aussitôt qu'elle y a été importée, frappe rapidement la plus grande partie des habitants, vieux et jeunes, et, par suite, l'épidémie éclate sous la forme la plus extensive.

Bien que l'on doive admettre que le contage est le même pour tous les cas et pour toutes les épidémies, certains cas cependant et certaines épidémies se distinguent par la bénignité de leurs symptômes et de leur marche, d'autres au contraire par leur intensité et le danger qu'elles présentent.

On a souvent constaté, comme avant-coureurs des épidémies de rougeole, des affections catarrhales frappant surtout la population infantile, catarrhe des voies aériennes ou des bronches, *influenza*, mais surtout la coqueluche, de même que l'on voit en général ces affections persister encore après l'extinction de l'épidémie.

Le diagnostic de la rougeole est basé sur la combinaison et le mode de développement régulier du catarrhe, de la fièvre et de l'exanthème. Ce dernier a une grande analogie avec l'exanthème prodromique de la variole, dont l'éruption est généralement aussi précédée de catarrhe et de fièvre. Un médecin prudent et expérimenté ne diagnostiquera donc une rougeole qu'au premier jour de l'éruption, alors même que les symptômes du catarrhe et l'occasion bien constatée de la contagion l'autoriseraient à penser à la rougeole. Mieux vaudrait encore attendre jusqu'au second jour de l'éruption. Si c'était une variole, les papules se seraient développées d'une manière plus tranchée, ou même elles seraient déjà transformées en vésicules, tandis que les efflorescences de la rougeole ne se modifient pas de cette façon. La scarlatine a généralement un aspect tout autre. La miliaire et la roséole papuleuse ont au contraire une grande analogie avec la rougeole. Seulement, dans ces deux maladies, le catarrhe et les symptômes fébriles manquent, ou bien ils sont très modérés ; ces derniers, du reste, n'ont pas le type régulier de la fièvre de la rougeole.

Dans ces derniers temps, on a voulu aussi, avec l'énergie que donne le mobile scientifique, établir le diagnostic différentiel entre la rougeole

et la rubéole (Rubeolen ou Rötheln). On a indiqué sous ce nom, plus souvent depuis soixante ans environ qu'on ne l'avait fait antérieurement, un exanthème des enfants, aigu, contagieux, apparaissant fréquemment sous forme épidémique, qui a bien, il est vrai, une très grande ressemblance avec la rougeole, mais qui représenterait, cependant, une forme morbide différente de celle-ci et qui proviendrait d'un contage spécial. Pour ne parler que de ce qui est le plus récent et le plus à notre portée, le docteur Buchmüller, de Leoben, a publié en 1877 un rapport sur une épidémie assez considérable de *rubéole*. Or, les symptômes que l'on a cités de ces rubéoles « spécifiques » ne diffèrent en rien de ceux des rougeoles à marche bénigne. De plus, la transition de ces formes à la rougeole vraie a été non seulement prouvée par les médecins qui ne croient pas à la spécificité de cette affection (Kassowitz), mais encore admise par ses partisans (Gerhardt). L'apparition accidentelle de la rubéole chez des enfants qui ont eu déjà la rougeole n'a rien de surprenant, puisque la rougeole caractéristique peut frapper deux et même trois fois le même individu. En raison de ces faits et aussi en considération de mes propres observations, je dois avec Hebra et beaucoup d'autres envisager les exanthèmes qualifiés de rubéoles comme étant des cas de rougeole ; quant au diagnostic « rubéole » avec l'idée d'une maladie contagieuse idiopathique, je le regarde comme n'étant pas fondé.

Enfin, suivant les circonstances, la roséole symptomatique que l'on observe dans certaines maladies, comme le typhus, peut être confondue avec la rougeole.

Je dois toutefois rappeler que Kassowitz, autrefois adversaire de la spécificité des rubéoles, a fait tout récemment de nouvelles observations qui tendent à lui faire admettre que la rubéole est une maladie spécifique.

Le pronostic de la rougeole est généralement favorable. Dans les cas normaux et dans les épidémies ordinaires, ainsi que chez les individus sains d'ailleurs, on doit toujours compter sur la guérison.

Dans les cas compliqués, le pronostic ne devient grave ou absolument dangereux qu'autant que les accidents que nous avons décrits peuvent, soit par eux-mêmes, soit en raison de l'idiosyncrasie individuelle du malade, influencer d'une manière défavorable la marche de la rougeole. Relativement aux complications fébriles, je ne puis que donner mon approbation complète aux paroles de Thomas (de Leipzig) : « Les anomalies les plus importantes au point de vue du pronostic sont une fièvre extraordinairement élevée et une crise tardive de la fièvre, un exanthème d'une intensité et d'une couleur excessives, en même temps qu'il est anormal, des affections des muqueuses d'une violence exceptionnelle, enfin des affections des organes internes ou des maladies générales qui

viennent compliquer la rougeole. » Sous ces divers rapports, il faut attribuer une valeur considérable à l'intensité et à la marche de la fièvre. Or, la grande importance des observations exactes faites sur la température du corps dans l'étude de la rougeole consiste en ce que l'on arrive, à l'aide de cette échelle thermométrique bien mieux que par un autre moyen, et beaucoup plus sûrement que par la simple considération de l'exanthème, à distinguer les cas normaux des cas anormaux, à préciser le moment où apparaissent les anomalies et les complications, enfin à apprécier la gravité de ces dernières.

En outre, le pronostic est encore influencé par les circonstances individuelles et épidémiques. Les enfants dans la première année de leur vie et les vieillards, ainsi que les individus déjà atteints d'autres maladies, sont particulièrement menacés ; il en est surtout ainsi pour les femmes enceintes ou récemment accouchées. D'un autre côté, certaines épidémies présentent d'une manière générale plus de complications graves et plus de cas de mort, tandis que, dans d'autres, presque toutes les rougeoles suivent une marche normale et typique et, par conséquent, se terminent par la guérison. Aussi trouve-t-on dans les diverses épidémies de rougeole des différences très considérables dans les proportions de la mortalité depuis à peine 1 p. 100 jusqu'à 15 p. 100 et au delà. Les chiffres les plus effrayants sous ce rapport sont fournis par les épidémies survenues dans une population qui, jusque-là, avait été complètement épargnée par la rougeole, ainsi qu'on l'a vu pour les habitants de certaines îles où la rougeole pénétrait pour la première fois.

La mort, comme terminaison directe de la rougeole, survient rarement pendant la période prodromique ; elle arrive plus fréquemment pendant la période éruptive de la maladie, dans ce que l'on appelle le typhus morbilleux, rougeole asthénique. La mort peut, en outre, être déterminée dans toutes les périodes de la rougeole et beaucoup plus tard encore par les complications et les phénomènes consécutifs que nous avons énumérés plus haut.

Le meilleur traitement de la rougeole normale est celui dans lequel on s'abstiendra de toute médication, de toute pratique, qui ne sont ni nécessaires, ni utiles et qui ne font que fatiguer le malade. Ce qui convient le mieux, c'est le calme, une chambre bien aérée, un peu sombre et offrant une température constante de 17° à 19° C. dans les cas où il y a de la photophobie, un régime proportionné au degré de la fièvre et des sensations subjectives du malade. Contre la température exagérée du corps on peut recourir aux lavages froids, même à des enveloppements humides méthodiques. On n'a nullement à craindre, par l'emploi de ces moyens, une répercussion de la rougeole. Si l'exanthème vient à disparaître brusquement, il faut, comme nous l'avons

déjà mentionné, attribuer ce fait au développement d'une complication grave.

On peut, sans inconvénient, laver le malade tous les jours, et changer son linge de corps ; tout cela ne peut que lui être agréable. Contre le prurit, les onctions de graisse simple sont indiquées. Les enfants atteints de rougeole, mais qui n'ont absolument pas de fièvre, peuvent ne pas garder le lit pendant le jour, et prendre une nourriture modérée.

Les maladies qui compliquent la rougeole, ou qui lui sont consécutives, doivent être traitées suivant leur nature et suivant les règles de l'art, sans se préoccuper de l'exanthème cutané.

Quand la desquamation est complètement terminée, par conséquent une quinzaine de jours après le début de l'affection, les malades peuvent prendre un bain tiède, après lequel on peut leur permettre, sans danger pour eux et pour les autres, de communiquer librement avec leurs proches.

Pour ce qui est des moyens de prophylaxie contre la rougeole et sa propagation, ils font à peu près défaut. L'inoculation pratiquée avec les produits de sécrétion et le sang des morbilleux ne procure aucun avantage, puisqu'elle détermine non pas une affection locale insignifiante, mais bien la maladie générale. Dans les familles, la plupart des médecins recommandent de ne pas séparer les enfants qui n'ont pas encore eu la rougeole de leurs frères et sœurs qui en sont atteints, parce qu'il est généralement admis que les premiers seront, tôt ou tard, pris par la maladie, et que, en fait, il est rare que l'on puisse réellement les séparer d'une manière complète. Or, puisque les malades peuvent infecter les autres personnes dès la période prodromique, par conséquent à une période où il n'y a pas encore d'exanthème et où le diagnostic ne peut pas encore être établi, il est de règle que la maladie se développe également chez les enfants qui avaient été éloignés à un moment où, chez leurs frères et sœurs, l'éruption n'était pas encore apparue, mais où les symptômes de catarrhe existaient déjà.

DOUZIÈME LEÇON

SCARLATINE

On désigne sous le nom de scarlatine (*scarlatina*, *Scharlach*, *febris scarlatinosa*, *angina maligna*, *rossalia*, *scarlet fever*) une maladie aiguë, contagieuse, fébrile, caractérisée par la présence simultanée d'une

affection inflammatoire des organes de la déglutition et un exanthème rouge écarlate du tégument externe.

Quoique déjà décrite d'une maniere distincte et reconnaissable par Sennert et Dœring au commencement du XVII[e] siècle, la scarlatine a cependant été pour la première fois (1670-1774), de la part de Sydenham, l'objet d'une description qui, depuis lors, a toujours servi de règle.

Ici nous avons également, comme dans la rougeole, à distinguer des scarlatines à marche normale (typique) et d'autres à marche anormale (atypique), et, pour les premières, à tenir compte des quatre périodes, savoir : incubation, prodromes, éruption, desquamation.

La période d'incubation, qui commence au moment de la contagion, dure en moyenne moins longtemps que dans la rougeole, environ huit jours; assez souvent même, ainsi qu'on a pu le constater, elle ne dure pas plus de quatre à cinq jours ; exceptionnellement, elle peut se prolonger de trois à cinq semaines, ou, au contraire, elle peut être extrêmement courte, à peine vingt-quatre heures. On ne peut donc déterminer le début de cette période qu'en précisant la circonstance où les individus ont pu recevoir la contagion d'un scarlatineux. En effet, les inoculations expérimentales du contage de la scarlatine ont été, il est vrai, pratiquées un certain nombre de fois, — nombre assez limité en raison de la gravité éventuelle des maladies qui pouvaient en résulter, — mais les unes n'ont produit aucun résultat et les autres, lorsqu'elles ont provoqué la scarlatine, ont donné des périodes d'incubation de durée très différente.

Pendant la période d'incubation il n'y a en général aucune espèce de trouble de la santé; parfois seulement on observe, deux ou trois jours avant le début des prodromes, un léger mouvement de fièvre, un peu de tristesse, de langueur, de pesanteur de tête.

La période prodromique se manifeste par l'apparition subite d'une fièvre violente. La température atteint 40° C. et davantage, le pouls arrive à cent quarante et même cent soixante pulsations à la minute. En même temps apparaît de l'angine, une rougeur et un gonflement des amygdales et du voile du palais, s'accompagnant sur ces organes de la production de points rouge foncé, fortement marqués, et se prolongeant ordinairement avec moins d'intensité sur la muqueuse du pharynx, la voûte palatine et, plus rarement, aussi sur les narines, le larynx, la trachée et la conjonctive. La langue est couverte d'un enduit épais. Subjectivement, la déglutition pénible, l'abattement, les symptômes qui accompagnent la fièvre, comme la soif, le malaise et les maux de tête, n'existent encore qu'à un degré modéré. Ou bien les symptômes concomi-

tants sont déjà très intenses. Il n'est pas rare d'observer des vomissements, de l'assoupissement, des syncopes, des convulsions (chez les enfants), de violentes douleurs de tête et du délire, accidents qui, bien qu'importants en eux-mêmes comme symptômes d'un état morbide sérieux des centres nerveux, n'ont, cependant, encore rien de décisif par rapport à la marche ultérieure de la scarlatine.

Cette période dure de douze à vingt-quatre heures, ou bien elle se prolonge deux ou trois jours, et elle ne se distingue de la période d'éruption que par la sortie de l'exanthème, car les phénomènes fébriles et les symptômes concomitants persistent avec la même intensité ou même ils s'exagèrent encore s'il est possible.

L'éruption scarlatineuse se montre d'abord sur le cou et la région des clavicules, sous forme de petits points très rapprochés les uns des autres, gros comme une pointe d'aiguille, d'un rouge pâle ou prononcé, qui, vus de loin, se fondent en une rougeur diffuse et uniforme. Bien qu'à ce moment la coloration de l'exanthème ne soit pas d'un rouge écarlate, mais d'un rouge plus vif, cependant, en présence de cette fine ponctuation et en raison de ce qu'elle est limitée au bord de la mâchoire, on peut, sinon diagnostiquer qu'il s'agit là d'un exanthème scarlatineux, du moins considérer le fait comme vraisemblable. Le visage, rougi par la fièvre et quelque peu turgescent, est cependant toujours épargné par l'éruption elle-même. Ce n'est qu'exceptionnellement aussi que l'on voit survenir des taches sur le front et les tempes, tandis quele pourtour de la bouche reste toujours pâle (Thomas).

Au contraire, dans la période d'éruption l'exanthème s'étend rapidement sur le dos et la poitrine, ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs ; la face dorsale des mains et des pieds présente surtout un très grand nombre de petits points fins avec une teinte écarlate prononcée. Sur les membres, l'exanthème n'est généralement pas continu, et sur les différents points où il se montre, il se manifeste sous forme de taches qui atteignent parfois la dimension d'une lentille. Il s'efface sous la pression du doigt et la peau paraît alors quelque peu œdémateuse. Au deuxième jour, l'exanthème a atteint son maximum comme intensité et comme extension. Il se maintient ainsi de un à trois jours, quelquefois aussi de cinq à sept jours, pendant lesquels l'intensité de la coloration change souvent, c'est-à-dire qu'on la voit surtout augmenter et diminuer avec les exacerbations et les rémissions de la fièvre.

Pendant cette période, la fièvre et les phénomènes généraux continuent. Quelquefois, les symptômes de l'angine sont modérés, il y a une rougeur diffuse, un œdème léger du voile du palais et de la luette ;

mais, dans certains cas, l'inflammation et le dépôt gris ou diphtéritique des amygdales chez les enfants sont pénibles, ou même tout à fait graves et menaçants. La muqueuse buccale présente une rougeur diffuse, la langue, débarrassée de l'enduit grisâtre qui la recouvre, a une couleur foncée de chair et une surface villeuse (langue féline); les ganglions cervicaux sont souvent le siège d'un gonflement manifeste. La peau est sèche, chaude, brûlante, la diurèse est peu abondante, souvent on trouve d'une façon évidente dans l'urine de l'albumine et des cellules d'épithélium provenant des reins (Eisenschitz).

L'exanthème se maintient à son summum pendant un à trois jours, après lesquels il commence à disparaître à partir de la face postérieure du cou; en même temps, la température s'abaisse et les autres symptômes fébriles ou phénomènes concomitants diminuent eux-mêmes. Seule l'angine persiste habituellement avec la même intensité, si même elle n'augmente pas.

Dans le délai de quatre à huit jours, l'éruption a disparu, laissant après elle une pigmentation d'un jaune brun; la peau a sa température normale, elle transpire comme avant, l'angine et la série des symptômes concomitants entrent en voie de rétrocession; l'agitation et l'insomnie disparaissent; l'appétit revient.

A partir de ce moment, la période de desquamation se manifeste, au milieu des progrès de la convalescence générale, par une chute de l'épiderme proportionnée à l'exanthème. Cette chute épidermique se fait en lamelles plus ou moins grandes (*desquamatio membranacea*), particulièrement sur les doigts, parfois sous forme de doigts de gants (*desquamatio siliquosa*), avec lesquelles on peut voir les ongles eux-mêmes tomber en totalité ; dans les endroits où la transpiration est assez abondante, la desquamation se traduit seulement par des pellicules (*desquamatio furfuracea*). Dans l'espace de quinze jours environ, la desquamation est terminée et l'épiderme s'est partout régénéré d'une manière uniforme. Dans certains cas, les cheveux tombent ou bien ils perdent leur pigment (Beigel).

La durée totale de la maladie, depuis la période des prodromes jusqu'à la terminaison de la desquamation, varie entre deux, trois et cinq semaines.

Tels sont les symptômes habituels de la scarlatine dans les épidémies bénignes, ou dans les cas sporadiques, chez les individus jouissant, d'ailleurs, d'une bonne santé.

La scarlatine ne suit pas toujours ce type, qui déjà par lui-même présente bien des variations; loin de là, beaucoup plus souvent encore que les autres exanthèmes aigus, elle offre des anomalies très considérables qui déterminent, sous certains rapports ou même d'une

manière absolue, des différences très grandes dans l'ensemble des symptômes et dans la marche de la maladie.

L'incubation peut être extraordinairement courte, de quatre à cinq jours, plus rarement elle a une durée irrégulièrement longue de plusieurs semaines; ce dernier cas s'observe surtout chez des enfants rachitiques ou d'une santé antérieurement affaiblie. La période d'incubation manque quelquefois totalement, ou ne se traduit par aucun symptôme fébrile. Il est vrai que, même dans ces cas, il est rare qu'il n'y ait pas d'angine, et, cependant, on peut ne pas s'en apercevoir, la fièvre faisant défaut. La période d'éruption semble alors survenir brusquement, sans prodromes. L'exanthème peut faire son apparition d'une manière irrégulière, d'abord sur le tronc, sur les articulations et sur les parties du corps qui sont tenues chaudement, ou qui sont comprimées ou irritées; ou bien il est clairsemé, — dans certaines observations on l'a vu occuper seulement une moitié du corps, — ou bien il est progressif et lent, retardé dans sa marche, ou enfin il peut se montrer brusquement sur la totalité du corps. Sur les membres frappés de paralysie, la scarlatine fait habituellement défaut, ou bien, au contraire, elle s'y développe plus fortement et persiste plus longtemps.

Dans certains cas, l'éruption dure à peine quelques heures, de sorte que souvent elle passe complètement inaperçue et que le caractère vrai de la maladie n'est révélé que par l'amygdalite et les circonstances faisant supposer la contagion, et quelquefois par les suites ultérieures de la scarlatine (desquamation, hydropisie). C'est à ces cas que se rattache la scarlatine sans exanthème, dans laquelle l'éruption et la desquamation manquent entièrement, mais où l'on observe l'angine et tous les autres symptômes qui correspondent à la scarlatine, ainsi que toutes les conséquences possibles, même mortelles, de cette maladie.

La période d'éruption peut être, au contraire, extraordinairement longue et durer une ou deux semaines. Dans ces cas, on voit habituellement l'exanthème disparaître, se reproduire plusieurs fois, et présenter une coloration plus foncée qu'à l'ordinaire, en même temps qu'il se forme des taches qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt (matière colorante du sang), ou même des taches pétéchiales. On a parlé aussi de récidives de l'exanthème après la desquamation complètement ou presque entièrement terminée. Mais il me semble que, dans ces cas, il s'agit d'un érythème, et non d'un véritable exanthème scarlatineux.

La desquamation est parfois aussi retardée d'une façon extraordinaire, elle peut traîner en longueur ou être extrêmement intense,

c'est-à-dire se produire sous forme de lambeaux étendus ou épais.

Les anomalies que peut présenter la scarlatine relativement aux caractères morphologiques de l'exanthème que nous avons cité comme normal, c'est-à-dire qui apparaît sous forme de points, de taches uniformes et lisses (*scarlatina lævis*), sont : la scarlatine lisse, dans laquelle les taches sont plus saillantes et brillantes; la scarlatine papuleuse et la scarlatine miliaire, avec production distincte de papules et de vésicules sur la peau, qui présente une rougeur diffuse ; la scarlatine marbrée, dans laquelle on trouve des taches assez grandes, partant de divers points rouges isolés et se détachant nettement par leur coloration plus foncée de la surface de l'exanthème qui est d'une couleur plus pâle; enfin, la scarlatine hémorrhagique ou septique, dans laquelle des extravasations de sang, d'abord en forme de points, mais qui plus tard atteignent la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, ou de la paume de la main et au delà, se produisent au milieu des régions de la peau envahies par une rougeur écarlate ; chez les enfants, on les trouve le plus souvent sur le tronc ; chez les adultes, sur le cou et sur les articulations. Ces extravasations sanguines sont généralement associées à des symptômes scorbutiques de la muqueuse buccale. — C'est une forme maligne.

Quant à l'existence simultanée de la scarlatine avec d'autres exanthèmes aigus, rougeole et variole, sur laquelle on a tant écrit dans ces dernières années, les médecins d'enfants en particulier, il n'est pas douteux que les contages propres à chaque exanthème peuvent être absorbés simultanément et développer leur action spécifique. Mais celle-ci se manifeste de telle façon que l'un de ces exanthèmes n'apparaît sur la peau que quand l'autre est déjà en voie de décroissance. C'est ainsi que l'on peut, dans le déclin de la scarlatine, voir apparaître la rougeole ou la variole, et *vice versa*. Mais des cas dans lesquels l'un des exanthèmes, la scarlatine par exemple, aurait été interrompu par une éruption de rougeole et se serait reproduit à nouveau après la disparition de celle-ci, de tels cas, dis-je, seraient peut-être susceptibles d'une autre interprétation.

Un érythème, une urticaire, des bulles ou des pustules isolées, enfin des pétéchies peuvent accidentellement survenir avec la scarlatine, mais ces phénomènes n'ont pas d'autre signification que celle de l'exagération locale de la réplétion des vaisseaux, de l'exsudation et de la perméabilité des parois vasculaires.

Les exanthèmes chroniques, la gale, l'eczéma, le psoriasis rétrocèdent pendant la période éruptive de la scarlatine et reprennent une nouvelle activité avec les progrès de la convalescence.

La série des autres anomalies que peut présenter la scarlatine est

tout aussi nombreuse que celle de chacun des symptômes locaux et généraux qui se rencontrent dans la marche normale de la maladie. Il n'en est guère un seul qui ne soit capable, en prenant un développement exagéré, de dominer complètement la symptomatologie de l'affection dans son ensemble, et, par conséquent, de modifier essentiellement la physionomie de la scarlatine et de déterminer la marche et l'issue de la maladie. Des symptômes anormaux de ce genre représentent alors de véritables complications, en ce qu'ils sortent tout à fait du cadre de la scarlatine ordinaire, ou bien ils constituent réellement des affections consécutives à l'exanthème, puisqu'ils persistent encore après l'évolution complète du cycle ordinaire, ou même qu'ils apparaissent seulement à ce moment.

Le phénomène le plus fréquent peut-être est une exagération anormale de l'angine scarlatineuse, — *angina scarlatinosa maligna.* On voit quelquefois, dès la période prodromique et au commencement de l'éruption, survenir une inflammation parenchymateuse des amygdales, de la muqueuse du palais et du pharynx, ainsi que du tissu cellulaire sous-muqueux. Cet état s'accompagne d'une très grande difficulté de la déglutition, la bouche reste ouverte et laisse constamment couler de la salive en abondance ; il y a une fièvre violente, de la bouffissure de la face, de l'agitation, du délire. L'hypertrophie considérable des amygdales peut amener la suffocation ; la formation d'abcès sur un ou plusieurs points de leur surface est une terminaison relativement favorable. La suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux est bien plus dangereuse ; les abcès rétropharyngiens surtout déterminent la mort, soit directement ou indirectement par des fusées purulentes, soit comme conséquence ultérieure. La terminaison fatale est rapide aussi quand le processus inflammatoire qui a envahi les amygdales et la muqueuse du palais aboutit à la gangrène. Celle-ci se traduit par l'odeur gangreneuse bien connue de l'haleine ; elle s'étend très rapidement des amygdales au voile du palais et à la muqueuse de la bouche, de la gorge et du nez ; elle amène du coma, des convulsions, un écoulement sanieux par le nez et par la bouche, le pouls s'affaiblit et devient tellement fréquent, qu'on ne peut plus le compter ; enfin, la mort arrive. L'exanthème persiste pendant la durée de la fièvre intense qui accompagne la gangrène, et ne se dissipe qu'au moment où le pouls s'affaiblit.

Dans d'autres cas, c'est la diphtérie pharyngée — *angina diphteritica,* — qui fait la gravité de l'angine. Les dépôts fibrineux, d'un jaune sale, peuvent s'étendre sur la muqueuse de la gorge et à travers l'orifice postérieur des fosses nasales, jusque sur la membrane de Schneider. Cependant, l'exsudat pseudo-membraneux arrive souvent à se détacher

et la complication disparait. Le danger est beaucoup plus grand quand la diphtérie s'étend du côté du larynx. — *laryngitis crouposa* — car elle menace alors gravement la vie par suffocation, par la pneumonie à laquelle elle donne souvent naissance, par la gangrène ou par décomposition du sang, ou, même après la guérison du croup, par la paralysie consécutive qui envahit subitement les nerfs et les vaisseaux.

A toutes ces affections se joint régulièrement un gonflement ou une inflammation assez intense des glandes sous-maxillaires et salivaires; parfois, cette inflammation augmente, au point d'envahir même le tissu cellulaire qui environne ces glandes. On trouve alors dans la région de la joue, de la mâchoire et du cou, une tumeur dure qui presse contre le larynx et qui rend impossible l'ouverture de la mâchoire. Ces tumeurs arrivent régulièrement à former des abcès qui s'ouvrent sur plusieurs points ; elles laissent après elles divers phénomènes locaux et généraux, enfin elles peuvent guérir, ou bien elles deviennent le siège d'une gangrène à marche rapidement envahissante qui aboutit à la mort par l'épuisement, par l'intensité de la fièvre, ou par l'ulcération des gros vaisseaux du cou et par une hémorrhagie mortelle; ou bien enfin il reste là une tumeur indolente qui persiste encore pendant des mois entiers et suit, néanmoins, une marche favorable.

Des affections du tube digestif, se manifestant dans les cas bénins par une diarrhée modérée, sont susceptibles, en s'exagérant au point de devenir de l'entérite fibrineuse, de revêtir un caractère des plus graves, et peuvent encore, pendant la période d'éruption, déterminer, avec des évacuations muco-sanguines abondantes et du météorisme, un abaissement rapide des forces, une diminution de la température et enfin la mort.

L'otite catarrhale et suppurée de l'oreille moyenne, la perforation de la membrane du tympan et l'ankylose consécutive des osselets de l'ouïe, l'inflammation et la carie de l'apophyse mastoïde avec complication de phlébite et de méningite, à marche lente ou arrivant rapidement à une issue funeste, viennent assez souvent compliquer la scarlatine dès ses premières périodes, ou bien elles se développent à la suite de l'exanthème.

D'une manière générale, toute angine scarlatineuse parenchymateuse, gangreneuse ou diphtéritique est la source possible de toutes les complications connues jusqu'ici et de toute une série d'autres accidents que nous avons encore à énumérer, à savoir des hémorrhagies, des embolies, de la pyémie et des inflammations métastatiques dans tous les tissus et tous les organes.

Sans qu'il se soit encore manifesté d'une manière spéciale par

aucune affection localisée dont nous n'exceptons pas même l'angine et l'exanthème, ou bien en présence d'un exanthème qui se présente d'emblée sous forme hémorrhagique, l'empoisonnement du sang, produit par le contage de la scarlatine, peut troubler profondément les fonctions de la vie, puisqu'il détermine aussitôt une décomposition générale du sang. Celle-ci se traduit par un ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de typhus scarlatineux, scarlatine typhoïde, septique, hémorrhagique.

Ce typhus scarlatineux, sous le rapport de l'intensité de ses symptômes, est divisé en deux degrés (Mayr, Hebra).

Dans le premier degré, en même temps que l'explosion de la fièvre, surviennent une grande faiblesse musculaire et de la céphalalgie. Dans la période d'éruption, les symptômes de la compression du cerveau s'accentuent : vomissements fréquents, délire, assoupissement, coma, convulsions, dilatation des pupilles. Aussitôt arrive le râle des bronches et de la trachée ; la langue est sèche et rouge, le ventre météorisé, la rate modérément gonflée, l'urine rare. Le pouls, très fréquent, devient de plus en plus faible, la température s'abaisse et le sujet meurt après avoir été malade de douze heures à cinq jours.

Quand les accidents suivent une marche aussi rapide, l'exanthème ne paraît pas du tout, si ce n'est d'une manière irrégulière, ou bien il se montre tout à coup avec une très grande intensité, en grandes taches qui deviennent immédiatement livides (ou hémorrhagiques).

Dans le deuxième degré du typhus scarlatineux, les symptômes de compression cérébrale (d'après Lœschner) sont plus modérés et la marche de la maladie, dans son ensemble, est plus lente, de sorte que l'exanthème lui-même se développe régulièrement, souvent, il est vrai, mélangé de pétéchies et de vésicules miliaires. Ce n'est que plus tard que les symptômes de la maladie s'aggravent. A ces phénomènes viennent se joindre de l'albuminurie, du météorisme et de la diarrhée, puis du coma, le pouls s'affaiblit, la température s'abaisse et la mort survient.

Les principales lésions que les autopsies révèlent dans ces cas, sont : des granulations grises sur les méninges, que l'on observe plus souvent après les cas à marche lente, une hyperhémie du cerveau, des poumons et de l'intestin, un gonflement des plaques de Peyer, des glandes agminées de l'intestin et des ganglions mésentériques ; enfin, des épanchements de sérosité dans la cavité des membranes séreuses.

Les affections des reins forment certainement la complication la plus fréquente de la scarlatine, puisque, dans la plupart des cas, alors même qu'ils suivent une marche régulière, on trouve dans l'urine, dès les premières périodes, un peu d'albumine et de l'épithélium des reins ayant même déjà subi la transformation graisseuse (Eisenschitz, Stei-

ner, etc.). Cependant c'est dans le cours de la desquamation et plus tard encore, que l'on observe surtout la néphrite catarrhale et parenchymateuse, qui représente ainsi une maladie consécutive de la scarlatine. Par le fait de la gravité inhérente à cette affection, une scarlatine, qui avait jusque-là suivi une marche des plus favorables, peut encore se terminer, plus tard, d'une manière fatale.

Parmi les complications plus rares, nous pouvons citer la pneumonie, desquamative et fibrineuse, cette dernière particulièrement produite par l'extension du croup laryngé, l'inflammation des membranes séreuses et synoviales, pleurésie, péricardite, péritonite, affections des articulations. On observe parfois une fonte de la cornée, à la suite de la scarlatine septique et de la gangrène. Des accidents de moindre importance sont les hémorrhagies nasales (assez rares d'ailleurs), les aphtes de la bouche, la suppuration de quelques glandes sous-maxillaires et cervicales, dans le cas où ils représentent une complication isolée de la scarlatine normale.

On doit considérer comme maladies consécutives de la scarlatine les diverses affections qui ont bien, il est vrai, débuté, pendant que la scarlatine existait, mais qui survivent encore à la période de desquamation comme maladies indépendantes, ou dont le développement ne s'est fait qu'après la terminaison de cette période, mais est le résultat des troubles de l'organisme particuliers à la scarlatine.

A la première catégorie nous rattacherons l'ozène persistant, qui peut être à l'état de simple catarrhe nasal chronique, ou sous forme d'inflammation plus intense, laquelle peut entraîner des ulcérations, un écoulement purulent, la carie et la nécrose des cornets et de la cloison osseuse du nez, un érysipèle et même la gangrène ; l'otite avec toutes ses suites possibles, comme la destruction d'organes importants, dureté de l'ouïe et même surdité persistantes, voire même une carie qui peut se terminer par la mort ; l'hypertrophie des amygdales, le catarrhe chronique de l'intestin et les troubles de la nutrition qui en sont la conséquence; des affections métastatiques des articulations et des membranes séreuses; l'inflammation et la suppuration des ganglions dits lymphatiques, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dans les régions les plus variées du corps. La parotide et les glandes sous-maxillaires en particulier présentent un gonflement indolent et forment des tumeurs qui persistent pendant des mois et même un ou deux ans; il en est de même des parotides, de la tuméfaction indolente et de l'infiltration du tissu conjonctif périglandulaire dans le pli maxillaire, qui persistent souvent après la scarlatine. Toutes ces affections peuvent amener le développement d'un trouble chronique de la nutrition, comme

la scrofulose, ou même d'un état pathologique aigu qui se termine par la mort.

Mais la plus fréquente et aussi la plus redoutable des maladies consécutives de la scarlatine, c'est l'affection des reins qui, dans des cas rares, peut, soit dès les premières périodes de l'exanthème, soit plus tard, déterminer une mort subite avec les symptômes de l'urémie, sous forme de maladie de Bright aiguë. L'affection scarlatineuse des reins peut encore amener, plus tard et dans son développement progressif, une anasarque, laquelle se montre tantôt alternativement sur différentes parties du corps, tantôt plus spécialement aux extrémités inférieures, ou bien sous forme d'ascite. La plupart des cas dans lesquels l'hydropisie survient tardivement guérissent; d'autres se compliquent de maladies qui aggravent la situation ou qui peuvent même se terminer fatalement comme par l'hydrocéphalie aiguë, l'hydrothorax, l'hydropisie du péricarde et l'œdème de la glotte.

Pour me conformer au plan de nos conférences, je me suis borné à faire ressortir seulement les principales circonstances des complications et des états consécutifs de la scarlatine. Mais les faits que je vous ai exposés suffiront pour que vous soyez bien convaincus du caractère indéfinissable de la maladie scarlatineuse et en même temps de sa gravité.

Par conséquent, le pronostic de cette affection ne peut jamais être établi autrement que d'une manière dubitative. Je ne connais pas de maladie plus insidieuse que la scarlatine ; on ne peut jamais être en sûreté vis-à-vis d'elle, car, à tout moment et dans chaque cas, on peut être surpris par les accidents les plus dangereux. Le cas qui se présentait le plus souvent de la façon la plus normale, et dont la marche ne montrait que des symptômes modérés et typiques, peut se terminer brusquement par la mort par le fait de l'urémie, d'une « paralysie cérébrale » ou de l'une des complications que nous avons énumérées; ou bien, après avoir suivi heureusement son évolution complète, il peut traîner en longueur en raison de maladies consécutives ou de métastases, ou encore s'aggraver tardivement ou même se terminer par la mort. Dans toutes les circonstances, donc, le médecin doit être très réservé en présence de la scarlatine, il devra attacher une certaine importance même à la plus légère complication, et il ne déclarera pas le malade guéri et hors de tout danger avant que tous les symptômes, même ceux qui persistent encore après la desquamation, aient complètement disparu, que l'urine soit entièrement exempte d'albumine et que les fonctions de l'organisme soient redevenues normales sous tous les rapports.

Il faut tenir un compte tout particulier de la marche de la fièvre et de l'exanthème. Une fièvre trop élevée est toujours un signe sérieux, qui

devient encore plus grave quand cette fièvre se complique de symptômes notables d'irritation et de dépression du cerveau. Un exanthème qui se développe d'une manière bien nette et en temps opportun, avec une fièvre modérée et une angine catarrhale moyenne, constitue un excellent ensemble de symptômes. L'angine parenchymateuse, l'inflammation du tissu cellulaire de la muqueuse de la gorge et du cou sont très dangereuses ; la diphtérie, le croup, la gangrène sont des complications presque toujours mortelles. La disparition brusque de l'exanthème indique le développement d'une maladie grave des organes internes, poumons ou cerveau ; l'éruption tardive de la scarlatine avec persistance d'une fièvre intense et concomitance de symptômes cérébraux est un mauvais signe. La scarlatine marbrée (*variegata*) est souvent suivie d'une bronchite opiniâtre et de pneumonie. La scarlatine miliaire, caractérisée par l'apparition de vésicules sur l'exanthème déjà existant, indique un empoisonnement pyémique du sang. Des pétéchies isolées, des épistaxis, alors que les autres symptômes sont modérés, sont sans gravité ; au contraire, en présence d'une fièvre intense, de délire, d'assoupissement et de gangrène, ces pétéchies et ces épistaxis indiquent une dissolution générale du sang.

Il faut, dès le début de la scarlatine, apporter une grande attention à la marche de la diurèse, et contrôler, par une épreuve journalière, la quantité d'albumine qui existe dans l'urine. L'albuminurie n'est pas elle-même un symptôme dangereux ; elle ne manque presque jamais. Mais la présence de l'albumine doit toujours faire penser aux dangers de l'urémie et aux terminaisons possibles de cette affection, ou tout au moins à l'hydropisie consécutive et au retard que la convalescence peut en éprouver. Cette complication, ainsi que toutes les autres, d'ailleurs, doit être appréciée suivant son importance pathologique et suivant les conséquences qu'elle peut entraîner ; et le médecin se guidera d'après cela pour établir le pronostic. Il en est de même pour les symptômes consécutifs et les maladies qui succèdent à la scarlatine.

Du reste, le caractère général de l'épidémie et du génie épidémique entre aussi en ligne de compte pour le pronostic. D'après le dire des médecins d'enfants les plus expérimentés, il n'y a pas d'épidémie de scarlatine qui soit bénigne. Cependant, certaines épidémies se signalent par le nombre et la gravité spéciale des complications et des affections consécutives. Vers la fin de l'épidémie, les scarlatines sont en général moins graves. Quand le croup, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra règnent dans un pays, les cas, même sporadiques, de scarlatine sont plus à redouter.

Enfin, les conditions individuelles de l'âge, de la constitution générale et des complications accidentelles, doivent être prises en considération

relativement au pronostic, indépendamment, bien entendu, des circonstances résultant de la scarlatine elle-même. La maladie est en général plus grave chez les individus jeunes que chez les sujets plus âgés, bien que ces derniers puissent être tout aussi rapidement enlevés. Les personnes mal nourries, mal soignées habituellement, qui sont fréquemment atteintes d'angine, les enfants qui ont les amygdales hypertrophiées, les accouchées, les varioleux, les sujets atteints de fièvre typhoïde ou les convalescents sont sérieusement compromis quand ils prennent la scarlatine. Je termine ces indications en insistant sur ce fait que le médecin ne doit pas sans doute alarmer l'entourage des malades dans tous les cas de scarlatine, mais il ne doit pas non plus promettre une guérison certaine avant que les derniers symptômes des complications et des maladies consécutives aient complètement disparu.

En ce qui regarde l'exanthème, nous n'avons rien à dire des lésions anatomiques, que l'on ne puisse conjecturer déjà de l'aspect clinique qu'il présente : dans les formes normales, c'est de l'hyperhémie avec une exsudation modérée ; quand il y a des papules et des vésicules, l'exsudation correspondante est plus forte, et il y a prolifération de cellules à l'intérieur des papilles et du réseau muqueux ; enfin, dans les cas où il existe des pétéchies, on trouve de petits épanchements de sang à l'état libre dans les papilles et le derme. Sur le cadavre, l'hyperhémie a disparu. Les lésions anatomo-pathologiques, que l'on rencontre en outre dans la peau et dans d'autres tissus ou organes, correspondent aux différentes affections qui sont survenues pendant le cours de la scarlatine ; nous les avons déjà signalées en partie dans l'exposé que nous avons fait de ces complications.

L'étiologie de la scarlatine ne nous est guère plus connue que celle des autres exanthèmes aigus. Il n'est pas douteux que la cause de la maladie réside dans un contage spécifique. Cette maladie ne survient jamais que par contagion, ainsi que l'ont catégoriquement démontré des observations précises recueillies dans tous les pays. Il doit en être de même aussi pour les cas sporadiques dans lesquels on ne peut pas faire la preuve directe de la source d'infection.

Quelques expérimentateurs ont réussi à transmettre la scarlatine à des individus bien portants en leur inoculant du sang, des pellicules ou des produits de sécrétion de sujets scarlatineux ; mais ces inoculations ont souvent déterminé des maladies générales tellement graves, que l'on a dû renoncer à ces expériences. D'autres, au contraire, n'ont obtenu aucun résultat. Seul, Miquel prétend avoir observé une inflammation purement locale et une protection contre une infection ultérieure. Dans le sang de lapins chez lesquels une injection de sang provenant de su-

jets atteints de scarlatine avait rapidement amené la mort, on a trouvé (Coze et Feltz, etc....) une grande quantité de bactéries. On est en droit de se demander si ces bactéries ont quelque chose de commun avec le contage de la scarlatine.

Le contage scarlatineux est volatil et se trouve dans l'atmosphère de la chambre des malades atteints de scarlatine. Il est également contenu dans le sang de ces malades, ainsi que dans les produits de desquamation et d'excrétion; il s'attache même aux objets et aux meubles qui peuvent le transporter à de grandes distances. L'infection peut se produire soit en respirant l'air imprégné du contage scarlatineux, soit par le contact direct des malades et de leurs sécrétions, soit enfin par les rapports avec les personnes ou avec des objets sur lesquels le contage a pu s'attacher. On a fait les récits les plus étranges, mais qui ont été souvent vérifiés, sur la longue durée de la transmissibilité du contage scarlatineux, sur la résistance qu'il oppose au temps et aux changements de lieu, au grand froid et à la grande chaleur, ainsi qu'aux variations atmosphériques. Ainsi la maladie peut être transportée à de grandes distances par des personnes en bonne santé, ou par des individus qui ont eu la scarlatine, ou par des objets provenant de leur entourage, par des vêtements ou même par des lettres; ou bien on voit la scarlatine apparaître chez des personnes qui viennent habiter une chambre qui a été quittée depuis des mois par un scarlatineux et que l'on a depuis lors nettoyée à fond et désinfectée.

L'agent contagieux semble ne pas être exhalé par le malade pendant la période des prodromes, mais bien pendant celle de l'éruption. Aussi des enfants, que l'on a éloignés de leur frère ou sœur malade dès le début de la maladie, sont-ils le plus souvent épargnés. Par contre, la faculté d'infection des scarlatineux dure plus longtemps que celle des sujets atteints de rougeole, ainsi que certains faits permettent de le supposer; elle persiste encore quelque temps après la fin de la desquamation, alors qu'il subsiste quelque état pathologique consécutif à la scarlatine, par exemple l'hydropisie.

En général, la disposition à recevoir le contage scarlatineux est moindre que pour la rougeole. C'est en raison de cela que, dans une même famille, le plus ordinairement, quelques membres seulement prennent la maladie; il est extrêmement rare que tous les enfants en soient atteints. C'est entre deux et sept ans que la disposition dont nous parlons est la plus forte. Cependant, à l'exception peut-être de la vieillesse, aucun âge n'est à l'abri de la scarlatine. L'enfant, pendant la vie intra-utérine, peut-il prendre cette maladie et l'apporter en venant au monde? C'est là un point qui n'est pas encore résolu.

Une fois guéris, les sujets qui ont eu la scarlatine paraissent être protégés pour toute leur vie contre une nouvelle infection ; du moins les cas d'individus ayant eu une seconde fois la scarlatine sont très rares ; on les a même révoqués en doute.

C'est sous forme sporadique que la scarlatine est la plus fréquente ; dans les grandes villes comme Vienne, il en existe toujours quelques cas. Certains médecins prétendent, à ce propos, que la diphtérie et la scarlatine alternent l'une avec l'autre. Comme les cas isolés se touchent de plus près dans les grands centres et que les occasions de contagion y sont multipliées, il en résulte que, tous les trois ou quatre ans, il survient dans les grandes villes des épidémies de scarlatine ; cependant, elles n'atteignent jamais les énormes proportions que prennent les épidémies de rougeole. Ce qui est propre aux épidémies de scarlatine, c'est qu'elles se développent d'une manière inégale, qu'elles s'éteignent lentement et qu'elles se maintiennent longtemps à leur maximum (Thomas). Elles se distinguent en épidémies bénignes, épidémies caractérisées par des complications et une marche spéciales, et épidémies malignes. Dans les populations éloignées des autres, la maladie est occasionnellement importée par des gens qui en sont atteints ou par des convalescents ou même par des objets imprégnés du contage. La maladie peut y rester à l'état sporadique ou se développer sous forme épidémique.

La proportion de la mortalité varie entre 5,20 et jusqu'à 25 p. 100 des malades, suivant le caractère bénin ou pernicieux de l'épidémie régnante. Enfin, je vous ferai remarquer encore que, chez certains animaux domestiques, on a observé une maladie qui a quelque analogie avec la scarlatine.

Le diagnostic de la scarlatine typique repose sur des signes certains fournis par l'exanthème caractéristique de la peau : la rougeur ponctuée de celui-ci, sa délimitation autour du visage, l'angine précoce avec rougeur du voile du palais, la fièvre concomitante, et enfin la desquamation consécutive à la disparition de l'éruption. Dans les cas où la maladie se développe d'une façon rudimentaire, ou encore dans ceux qui se terminent fatalement avant la sortie de l'exanthème, diverses circonstances pourront aider à poser le diagnostic, si l'on sait, par exemple, qu'une épidémie de scarlatine règne actuellement, ou bien si l'on peut démontrer que le malade s'est trouvé en contact avec un scarlatineux, mais surtout la constatation de l'albumine dans l'urine. D'autres formes morbides obscures peuvent se reconnaître, abstraction faite de toute constatation de la cause d'infection : la scarlatine sans exanthème, par l'angine spécifique et par le génie épidémique ; la scarlatine avec exanthème fugace, par la desquamation caractéristique ou par cer-

taines maladies consécutives, telles que les parotidides, l'hydropisie.

La rougeole se différencie de la scarlatine par l'aspect de l'exanthème, qui est sous forme de taches dans la première, par la présence de cet exanthème sur la face même et par le catarrhe; l'érythème se distingue de la scarlatine par l'absence d'angine, la variabilité de la forme et par le peu d'intensité ou l'absence de fièvre. C'est par ces caractères que l'on peut différencier l'exanthème quinique si fréquemment analogue à la scarlatine. Il faut aussi être prévenu de la possibilité de confondre le purpura variolique avec la scarlatine.

Dans l'état puerpéral, on voit quelquefois apparaître une affection qui est en général mortelle et qui est connue sous le nom de scarlatine puerpérale (Helm, 1837), et qu'il ne faut pas confondre avec la scarlatine survenant chez une femme en couches. La scarlatine puerpérale est un érythème plus spécialement localisé au bas-ventre, que l'on rencontre quelquefois aussi sur d'autres parties, parfois même étendu sur le corps entier, caractérisé par une rougeur diffuse, d'un rouge écarlate vif et même foncé, par une chaleur brûlante de la peau, en particulier de la peau du ventre, qui souvent est en même temps couverte de nombreuses vésicules miliaires. Les principaux symptômes sont la sensibilité douloureuse de l'utérus, des lochies peu abondantes et nauséabondes, et un état typhoïde avec fièvre intense et sécheresse de la langue. Cet érythème est l'expression d'un état pyémique résultant d'une phlébite utérine, et se distingue facilement de la scarlatine par les caractères que nous avons énoncés ci-dessus. Comme je l'ai déjà dit, cette scarlatine puerpérale se termine habituellement par la mort. Sur le cadavre, on trouve souvent encore les vésicules existantes ou bien on les reconnaît à une desquamation ponctuée.

De tout temps, les efforts des médecins ont tendu à rendre le traitement de la scarlatine le plus efficace possible, ce qui s'explique par la gravité que présente cette maladie. Malheureusement, nous ne possédons pas encore aujourd'hui de moyens capables de paralyser l'action du contage qui émane du corps des scarlatineux, non plus que de celui qui a déjà pénétré dans l'organisme. Les médecins qui admettent comme un fait déjà démontré que le contage de la scarlatine est constitué par des champignons microscopiques, comme le contage de toutes les maladies infectieuses, peuvent toujours croire qu'ils réussiront à le neutraliser à l'intérieur de l'organisme par l'administration interne de salicylate ou de borate de soude, d'acide phénique, d'eau chlorurée, etc. En fait, jusqu'à présent, ni par l'emploi de ces moyens, ni par celui des acides minéraux auxquels on avait recours jadis, on n'a réussi dans aucun cas à empêcher l'éruption de la scarlatine quand le contage de cet exanthème a été absorbé.

La première indication du traitement consiste donc dans la prophylaxie subjective et objective. Par prophylaxie subjective, j'entends la protection de l'individu non encore infecté, que l'on obtient en isolant celui-ci en temps opportun et d'une manière complète de la source de la maladie. Le but de la prophylaxie objective est de rendre le foyer infectieux aussi peu nuisible que possible, en isolant ce foyer et en désinfectant les chambres et les meubles qui ont été en contact avec les malades.

Dans l'état actuel de la science, le seul traitement à opposer à la maladie même est le traitement des symptômes. Sous ce rapport, le médecin aura assez d'occasions d'intervenir d'une façon rationnelle et utile. Mais, dans les cas à marche normale, il faut s'en tenir à la méthode purement expectante. On tiendra le malade au lit, légèrement couvert, dans une chambre à laquelle on donnera fréquemment de l'air et dont la température sera maintenue entre 17° et 19° C. ; on lui fera souvent prendre des boissons tièdes, du bouillon léger, du lait, des fruits cuits; dans les cas d'angine douloureuse mais bénigne, on lui donnera de petits morceaux de glace ou, pour lui être plus agréable, des cuillerées de glace sucrée, un gargarisme pour déterger la gorge. On entretiendra la propreté du corps par des lavages et l'on changera souvent le linge et les draps ; cela ne peut qu'être utile aux malades.

On ne permettra au malade de quitter le lit que quand le pouls sera redevenu normal depuis plusieurs jours, la peau douce et légèrement en transpiration. Quand la desquamation sera finie, on donnera un bain tiède, auquel on reviendra tous les deux ou trois jours. Ce n'est que vers la fin de la quatrième ou cinquième semaine, quand la desquamation sera complètement terminée partout, et quand il n'y aura plus trace d'albumine, que l'on permettra la sortie à l'air libre.

Dans tous les cas où la température fébrile est élevée et dans lesquels on trouve des symptômes cérébraux alarmants, je voudrais recommander le traitement hydrothérapique qui a souvent donné de bons résultats. Suivant le cas particulier, le médecin appréciera s'il doit appliquer ce traitement sous forme de demi-bains fréquents, tièdes ou frais, de lavages ou de linges mouillés. Si je parle ici des frictions méthodiques avec du lard, conseillées par Schneemann, c'est uniquement pour vous dire qu'elles ne servent à rien.

Je ne vous énumérerai pas ici les moyens et les méthodes qui sont indiqués et dont on peut faire usage contre cette multitude de symptômes morbides généraux et locaux qui peuvent compliquer la scarlatine, comme les excitants dans les cas de compression cérébrale, de collapsus; les toniques et les opiacés contre la diarrhée; la quinine, la

digitale, contre la fièvre intense et la grande fréquence du pouls; l'ononis, l'acétate de potasse, dans les cas de dysurie; les divers traitements applicables à la diphtérie, au croup, aux pneumonies, à la gangrène, aux affections des articulations, etc. Bien qu'elles fassent partie de l'ensemble symptomatique de la scarlatine, toutes ces affections doivent être traitées seulement d'après les règles que la pathologie spéciale, médicale et chirurgicale, vous a déjà fait connaître.

Je voudrais, cependant, appeler votre attention d'une manière particulière sur un accident que les dermatologistes ont souvent à traiter après la fin de la scarlatine, je veux parler de l'engorgement de la parotide et des ganglions sous-maxillaires, qui persiste pendant des mois, voire même pendant une ou deux années. J'ai vu fréquemment, dans ces cas, les applications d'emplâtre hydrargyrique pur ou mélangé avec l'emplâtre de ciguë à parties égales donner des résultats remarquables. On pourrait essayer aussi les badigeonnages avec le collodion iodoformé à 1 pour 15.

TREIZIÈME LEÇON

VARIOLE

Historique. Inoculation et vaccination. Varioloïde, varicelle. Variole typique, variole vraie. Variole atypique à marche bénigne.

On donne le nom de variole, *petite vérole*, *variola*, *Pocken*, *small-pox*, *vajuolo*, à une maladie aiguë contagieuse, caractérisée par une éruption, sur la peau, de papules, de vésicules et de pustules, accompagnée de fièvre, d'un état morbide complexe portant sur l'organisme entier, le tout affectant une marche typique, laquelle est également caractéristique.

Au double point de vue pathologique et épidémiologique, la variole est certainement le plus important des exanthèmes aigus; elle intéresse encore la dermatologie d'une manière toute spéciale, par les altérations profondes et caractéristiques qu'elle détermine dans la peau. L'exanthème forme incontestablement le symptôme le plus saillant de la variole; c'est lui qui fournit les signes décisifs pour le diagnostic et le pronostic. Aussi, partout où il n'existe pas d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux, trouve-t-on tout naturel de placer ces malades dans les services de dermatologie des hôpitaux généraux. C'est ainsi que, jus-

qu'en 1873, on faisait entrer tous les varioleux du rayon de Vienne dans la section dermatologique de cet hôpital.

L'historique de la variole nous apprend que les médecins et les gens étrangers à la profession, les gouvernements et les personnes qui se préoccupent du bien sanitaire de l'humanité, ont de tout temps reconnu l'extrême gravité de cette maladie et ont cherché à en atténuer les dangereux effets. Certaines questions importantes relatives à la pathologie de la variole, qui attendent encore aujourd'hui une solution, et auxquelles vous ne devez pas rester indifférents, méritent d'être mentionnées au point de vue historique.

Il est très probable (Moore), bien qu'il n'existe pas précisément de documents à ce sujet, que la variole est une maladie qui a existé chez les peuples des temps les plus anciens et que, partie de l'Asie orientale, de la Chine et de l'Hindoustan, elle a pris sa route vers l'Europe en suivant les côtes orientales de la Méditerranée. Grégory croit trouver pour la première fois dans Procope (544 après J.-C.) des renseignements historiques exacts sur des épidémies de variole en Arabie, dans la petite Asie et en Égypte. En tout cas, la maladie a dû se répandre très vite de là sur les autres pays qui bordent la Méditerranée. Car, suivant Hecker, déjà en 581 après J.-C., Grégoire de Tours a décrit une maladie épidémique qui s'était étendue à tout le sud de l'Europe, et que l'on doit considérer comme étant la variole. On trouve des indications plus nettes encore, au sujet de cette maladie, dans Razès (900 après J.-C.), qui fait en même temps connaître les idées du médecin égyptien Ahron, du VIe siècle après J.-C. Décrite par les Arabes, d'une manière qui ne laisse aucun doute, la maladie paraît, à en juger du moins par quelques manuscrits conservés au British Museum de Londres, avoir été connue déjà avant l'an 900 après J.-C., sous le nom de variole (diminutif de *varus*, bouton, ou dérivé de αἴολος, varus), bien que l'on attribue communément à Constantin l'Africain (1087) la paternité de cette appellation. Le nom allemand « Pocke » signifie « poche».

Pendant les croisades, les fréquentes communications des peuples entre eux ont beaucoup contribué à la propagation de la maladie, ainsi qu'à l'idée généralement répandue de sa grande contagiosité et de sa gravité. La syphilis avec ses éruptions de pustules particulières, que l'on nommait aussi vérole (Blatterkrankheit), apparut vers la fin du XVe siècle sous forme épidémique; on lui donna le nom de « grande vérole » pour la distinguer de la variole proprement dite « petite vérole », « *small pox* ». Avec les Européens qui émigrèrent dès la fin du XVe siècle dans les pays d'outre-mer nouvellement découverts, la variole fit son apparition meurtrière dans ces contrées où elle était grandement redoutée, et où on lui donnait le nom de « mort noire ». C'est par mil-

lions que se comptent les victimes qui succombèrent pendant différentes épidémies de l'un et de l'autre côté de l'Océan. On construisit de nombreuses maisons pour y loger et isoler les individus atteints par l'épidémie, et la peur que l'on avait de prendre d'eux la contagion si souvent mortelle donna naissance aux prescriptions les plus étranges, on pourrait même dire inhumaines dans le sens des temps modernes, comme par exemple la condamnation de toute maison recélant un varioleux par un écriteau appendu à la porte.

Comme tous les progrès en fait de service sanitaire, ceux que l'on mit en œuvre contre les épidémies de variole prirent naissance, d'une manière d'abord empirique, puis raisonnée, dans la connaissance scientifique plus exacte de la maladie et dans l'examen plus attentif de la pathologie de la variole.

C'est encore Sydenham qui, dans les dix dernières années du XVII[e] siècle, publia des travaux très estimés sur la pathologie de la variole, tandis que, au commencement et dans le cours du XVIII[e] siècle, Boerhave, Van Swieten, Cotugno, de Haën, Hoffmann, Sauvages, etc., jetèrent une certaine lumière sur les phénomènes cliniques de la maladie.

Ce fut d'abord un fait important constaté par tous les observateurs de la variole, à savoir que certaines épidémies étaient constituées principalement par des cas légers, à marche bénigne, à altérations cutanées légères et se terminant par la guérison, tandis que d'autres épidémies fournissaient surtout des cas graves, amenant une destruction profonde de la peau, ainsi que d'organes importants, et enfin se terminant par la mort. Déjà Sydenham avait qualifié les cas de l'épidémie de 1667-1672, de varioles régulières, et ceux de l'épidémie de 1674-1675, de varioles anomales. Comme on apprit en même temps qu'une personne qui avait été une fois atteinte par la variole était à l'abri d'une nouvelle infection, on eut alors la pensée d'exposer directement à la contagion les personnes qui, jusque-là, avaient échappé à la variole, au moment où les formes légères de la maladie dominaient. On pouvait compter ainsi qu'on les verrait contracter une variole relativement très bénigne, et qu'on les mettrait ainsi à l'abri du danger très probable qu'elles courraient si elles venaient à la prendre dans le cours d'une épidémie maligne. C'est ainsi que naquit l'usage de l'inoculation au moyen de la variole humaine, la variolation ou inoculation.

Les premiers débuts de cette pratique sont, il est vrai, inconnus. D'après Eimer, elle devait exister déjà au XI[e] siècle, en Orient, et certainement c'est de là qu'elle a dû se propager. C'est un fait historique que la femme de l'ambassadeur anglais à Constantinople, Lady Montague, inocula son fils dans cette même ville, en 1717, et sa fille en Angleterre, en 1721, avec du pus variolique. Aussitôt, les familles princières don-

nant l'exemple, la méthode de l'inoculation variolique pénétra dans les différents pays du continent.

Voici les effets que produisait l'inoculation : il survenait d'abord, vers le troisième ou le quatrième jour, sur les points d'application et, quelques jours plus tard, autour de ces mêmes points, des papules qui se transformaient ultérieurement en vésicules et en pustules ; puis, vers le dixième ou onzième jour, apparaissait, au milieu de symptômes fébriles, une éruption générale de variole qui suivait d'ordinaire une marche bénigne. Bien que les personnes ainsi inoculées fussent elles-mêmes généralement protégées contre une nouvelle atteinte de variole, l'inoculation ne put cependant pas se maintenir longtemps. Il est évident, en effet, que les sujets inoculés eux-mêmes concouraient à la propagation du contage varioleux et au développement d'épidémies de variole tout autant que ceux qui prenaient accidentellement la maladie. C'est précisément pour celà que déjà, vers la fin du siècle dernier, dans divers pays, et plus tard à peu près partout, les inoculations de variole humaine furent interdites par les autorités avec la plus grande sévérité.

On pouvait, du reste, abandonner l'inoculation avec d'autant moins de regrets que, sur ces entrefaites, en 1798, Jenner, à Londres, fit connaître l'inoculation au moyen du cow-pox, la vaccination. Celle-ci ne produisait localement, sur le sujet inoculé, qu'un petit nombre de pustules et ne provoquait aucune maladie générale ; elle ne déterminait pas non plus la contagion à distance sur d'autres personnes, et, cependant, elle protégeait les sujets inoculés contre la variole si redoutée. Ces brillants effets assurèrent à la vaccination, pour l'avenir, les sympathies bien méritées de toutes les personnes intelligentes, ainsi que des médecins et des gens du monde qui n'ont pas d'opinions préconçues. Elle est aujourd'hui universellement appréciée dans toutes les classes des États civilisés, elle étend ses bienfaits sur le globe entier, malgré l'opposition et les soupçons que des voix plus ou moins autorisées ont, de temps à autre, soulevés contre elle.

Je n'entrerai pas dans d'autres détails au sujet de l'inoculation par le cow-pox, parce que je m'étendrai longuement sur ce sujet dans le chapitre de la prophylaxie de la variole. Je ne m'en suis occupé ici que dans l'intérêt de l'exposé historique de la variole et parce que la vaccination a exercé, par elle-même et par ses résultats, une certaine influence sur la pathologie de la variole.

Un grand nombre d'adhérents de Jenner, sinon Jenner lui-même, nourrissaient et propageaient cette idée que, par une inoculation positive, les individus perdaient absolument l'aptitude à prendre la variole. Or, on vit bientôt que certains sujets qui avaient été cependant vaccinés d'une façon régulière furent atteints, après un nombre variable d'années, de

la variole, mais toutefois à un degré assez léger. Alors, pour sauver la théorie, on essaya de différentes manières de faire considérer ces affections comme une maladie différente de la variole, sous les noms de varioloïde ou de varicelle. Peu à peu, on arriva aussi à reconnaître que même les sujets vaccinés pouvaient prendre la petite vérole. Puis, comme la plupart de ces cas étaient bénins et différaient d'une manière favorable, sous certains rapports, de la variole vraie, — *variola vera*, — que l'on observait chez les sujets non vaccinés, on les considéra comme des petites véroles modifiées par la vaccination, comme des varioles mitigées, *variola modificata.* Mais ce qui existe en réalité, c'est que toutes ces formes, sous le rapport de la genèse et de la pathologie, représentent une seule et même maladie ; que les sujets vaccinés, eux-mêmes, peuvent, beaucoup plus rarement il est vrai que les non-vaccinés, prendre la variole vraie ; qu'une varioloïde ou une varicelle légère d'un individu vacciné peut donner naissance à une variole grave chez un sujet vacciné ou non, et qu'enfin aussi des individus non vaccinés peuvent présenter des formes de la maladie aussi légères que celles que l'on rencontre ordinairement chez les sujets vaccinés quand ils prennent la variole.

Au sujet de la varioloïde, tout le monde est d'accord. On donne ce nom à une variole assez bénigne, sans rechercher si elle se présente chez un individu vacciné ou non.

Mais, pour la varicelle, les avis des médecins sont encore actuellement partagés. Déjà, avant l'introduction de l'inoculation, elle était connue de Haën sous les noms de varicelle, *variolæ spuriæ*, Wasserpocken, chicken pox, etc., et, depuis le siècle dernier, on avait bien souvent (Heberdeen, Thomson, Diemerbröck, Heim, Willan, Hesse, etc.) discuté sa nature en la présentant tantôt comme une maladie identique à la variole (Thomson), tantôt comme une forme de variole modifiée par la vaccination, tantôt enfin comme une affection complètement différente de la variole. Il est tout à fait impossible de s'appuyer sur la littérature ancienne pour porter un jugement, tant sont contradictoires les données qu'elle contient. Eisenschitz, qui a mis tous ces documents en parallèle de la manière la plus consciencieuse, est cependant arrivé à des conclusions auxquelles quelques auteurs (Kassowitz) ni moi ne pouvons adhérer. Avec Hesse, Trousseau, Vetter, et beaucoup de médecins d'enfants, Thomas, Steiner, Lothar Meyer, Gerhardt, Monti, Fleischmann, Henoch, etc., depuis 1860 particulièrement, soutiennent avec insistance l'avis que la varicelle représente une maladie des enfants, et des enfants seulement, complètement différente de la variole. Aux motifs allégués par ces auteurs pour créer une varicelle spécifique ou « vraie », Hebra, Kassowitz, d'autres encore et moi,

nous avons opposé des motifs réels, des faits qui me paraissent assez importants pour que l'on puisse nier l'existence d'une varicelle différente de la variole. Ce n'est pas ici le lieu de vous faire un exposé spécial de ces motifs ; il me suffira de vous dire que je ne connais qu'une variole, la variole provenant d'un seul contage, mais qui tantôt se présente avec un ensemble de symptômes plus ou moins graves, entraînant même quelquefois la mort, et tantôt a l'aspect d'une maladie légère. D'après Hebra, nous considérons comme d'un haut intérêt pratique d'établir, suivant le degré de la maladie, trois formes de variole : variole vraie, varioloïde et varicelle, mais en maintenant toujours leur identité et en insistant sur ce fait qu'une certaine forme peut, chez un autre individu, donner naissance à l'une des autres formes.

C'est donc dans un but uniquement pratique, c'est afin que l'on puisse bien s'entendre sur le degré d'intensité du cas en présence duquel on se trouve, qu'Hebra a tracé la division de ces trois formes de variole. Il donne le nom de varicelle à la plus légère, à celle qui accomplit sa marche en quinze jours ou même dans un temps plus court, de varioloïde à celle qui se termine en trois ou quatre semaines, et de variole vraie à celle qui dure plus de quatre semaines. Quant à moi, cette division ou une division analogue me paraît fort utile, tant qu'un certain nombre de médecins considéreront les cas dans lesquels les vésicules prédominent comme une varicelle *sui generis ;* par ce moyen, on n'oubliera pas qu'avec beaucoup d'autres médecins, nous regardons toujours ces formes comme identiques à la variole et lui appartenant.

Nous arrivons maintenant à la symptomatologie de la variole.

Si vous étudiez à fond un grand nombre d'ouvrages très méritoires traitant de la variole, il vous sera très difficile d'en tirer un tableau représentant une entité morbide, et de concilier entre elles les anomalies, souvent considérables, que présente la symptomatologie. Ce que vous ne pourrez pas faire là, il ne faut pas le reprocher aux auteurs, mais uniquement à la maladie elle-même. Pour moi, qui, comme assistant de cette clinique, me suis trouvé à même d'observer, dans le cours de six années consécutives, quatre mille varioleux et, dans la suite, un autre millier de ces malades, je comprends parfaitement que de telles différences se produisent dans les opinions émises sur la variole. Mais ceux qui ont vu trop peu de varioleux ne peuvent pas le comprendre au même degré. Non seulement chaque épidémie présente la plus grande diversité des cas, mais encore chaque symptôme en particulier revêt un aspect tout spécial dans telle ou telle épidémie, de telle ou telle année, de tel ou tel pays. Le médecin qui n'a qu'un champ d'observation limité est donc facilement exposé à envisager comme carac-

téristique un effet qui n'est qu'accidentel, et, d'une manière générale, à ne pas interpréter exactement les faits isolés, absolument comme celui qui n'a l'occasion d'étudier la variole que dans une épidémie unique.

Je vous adresse tout de suite ces observations, afin de vous faire bien comprendre que toute description de la variole, basée sur des formes isolées et rangées dans une classification rigoureuse, ne laisse pas que de paraître quelque peu schématique. Dans la nature, ces limites si nettes et si tranchées n'existent pas. Il y a de nombreux degrés de transition entre les formes les plus légères, les moins dangereuses et les plus intenses et les plus graves.

Quand on compte par milliers les cas que l'on a observés, et que l'on pèse les symptômes en se basant sur une moyenne aussi imposante, on peut toujours diviser les varioles en deux groupes, les varioles typiques, normales, varioles régulières, et les varioles atypiques, varioles anormales ; en outre, dans ces deux groupes, il y a des formes légères, non dangereuses, mais d'autres qui sont graves, d'autres enfin mortelles.

La variole à marche normale est caractérisée par la même succession de périodes qui existent dans tous les exanthèmes aigus, c'est-à-dire par les symptômes qui correspondent à chacune de ces périodes, et, avant tout, par le développement typique de l'efflorescence variolique.

Or, c'est ce qui frappe tout d'abord dans la plupart des cas de ce que l'on appelle la variole vraie, qui représente le type de la maladie.

VARIOLE VRAIE

La période d'incubation, comptée depuis le jour de l'infection accidentelle, dure ordinairement quinze jours, quelquefois un peu plus longtemps, jusqu'à trois semaines ; plus souvent, elle est un peu plus courte, de dix à douze jours, et, pendant ce temps, l'individu jouit encore d'une santé complète. Vers la fin de cette période, certains individus éprouvent du malaise, de la courbature ; ils ont moins d'appétit et leur sommeil est agité.

Le stade des prodromes commence brusquement par un frisson qui, généralement, apparaît dans la soirée. La fièvre qui lui succède se distingue ordinairement par l'élévation de la température (40° à 41° C.) et les phénomènes qui l'accompagnent, vomissements, maux de tête, grande agitation, délire, convulsions (chez les enfants) et violentes douleurs de reins. Ces dernières sont ordinairement si vives, que les malades s'en plaignent tout de suite, souvent même sans qu'on les

questionne sur ce point, croyant avoir une blessure ou une inflammation de la région correspondante. Ce symptôme, bien qu'il ne soit pas précisément pathognomonique de l'approche de la variole, mérite cependant une très grande considération. Le second et le troisième jour, la fièvre persiste à peu près au même degré, avec des alternatives de chaleur et d'horripilations, ou bien elle augmente encore un peu, ainsi que les symptômes qui l'accompagnent, notamment les maux de reins.

Souvent la muqueuse du palais et du pharynx présente déjà une rougeur diffuse ou tachetée, les amygdales sont gonflées, ce dont les malades s'aperçoivent par la difficulté qu'ils éprouvent dans la déglutition. Le troisième jour on voit, dans les endroits mêmes où il se produira plus tard des efflorescences, parsemées sur la muqueuse de la cavité buccale, des papules déjà rouges et soulevées.

Également au deuxième et troisième jour, il se montre sur la peau chez quelques malades, non chez tous, un exanthème qui est connu sous le nom de roséole variolique, érythème varioleux ou exanthème prodromique de la variole. Mentionné souvent et différemment interprété par divers auteurs, cet exanthème a été, pour la première fois, décrit d'une façon exacte par Hebra, qui a démontré qu'il faisait partie des prodromes de la variole. Je l'ai observé moi-même à tous les âges et dans toutes les formes. Dans certaines épidémies, il s'est montré avec une fréquence toute spéciale et sous des aspects variés. C'est dans ces conditions qu'il a été décrit d'une façon très approfondie par Th. Simon, Knecht et Lothar Meyer, spécialement d'après l'épidémie de variole qui sévit à Hambourg il y a quelques années.

Cet exanthème apparaît sous forme de points, de taches ou de traînées d'un rouge vif allant jusqu'au rouge foncé, de formes irrégulières, quelquefois nettement limités, plats ou parfois légèrement saillants, qui pâlissent sous la pression du doigt et qui s'accompagnent rarement d'une faible sensation de brûlure ou de démangeaison. Il occupe principalement le pli de l'aine et la partie avoisinante de la face interne de la cuisse (le triangle fémoral, Simon), la région pubienne et hypogastrique, le côté de l'extension des articulations du genou et du coude ainsi que des phalanges, le dos du pied (le long du grand extenseur des orteils, Simon), les plis de l'aisselle et la région de la clavicule, les parties latérales des lombes ; mais il peut également se montrer sur un point quelconque du tronc et des membres.

Dans les régions inguinale, pubienne et axillaire, on voit souvent, au milieu des taches érythémateuses, apparaître d'autres taches pointillées ou atteignant parfois le volume d'une lentille, d'un rouge foncé, qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt, — hémorrhagies, pétéchies, — et qui, dans le cours des jours suivants, présentent les

changements de couleur que l'on connaît, en passant par une pigmentation verte, jaune et brune.

Sur certains points l'érythème est erratique ; sur d'autres, il est permanent ; il s'étend même et persiste en une seule grande plaque, pâlissant peu à peu et se terminant sans desquamation, jusqu'aux premiers jours de l'éruption, rarement plus tard. On voit aussi d'ordinaire apparaître sur l'exanthème des vésicules ou des plaques ortiées (*Quaddeln*).

On trouve l'érythème varioleux plus souvent chez des individus jeunes ou dans la force de l'âge, plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes ; chez les premières particulièrement, il est mélangé de pétéchies, en même temps que les règles sont ordinairement avancées et rendues plus abondantes par le fait de la maladie.

L'intensité des symptômes fébriles que nous avons décrits ci-dessus, non plus que le caractère et l'étendue de l'exanthème prodromique n'indiquent rien quant à la gravité de la variole future. Il est très vrai que les parties qui ont été le siège de l'érythème, en particulier le triangle fémoral, échappent habituellement à l'éruption variolique ou ne présentent que de rares pustules. Mais cela n'empêche que la maladie peut être, d'ailleurs, très dangereuse. Une rougeur très foncée de la totalité de la peau du ventre, surtout quand elle persiste avec la même intensité jusque pendant la période d'éruption et qu'elle s'accompagne de taches hémorrhagiques qui se renouvellent, est, comme Hebra l'a déjà fait remarquer, un symptôme funeste. En dehors de ce cas, je crois, d'après ma propre expérience, que l'on peut toujours considérer l'érythème varioleux comme un signe qui permet d'espérer que la variole ne sera pas grave.

La période des prodromes dure en moyenne trois jours, rarement quatre, après lesquels commence la période d'éruption.

Période d'éruption. — L'éruption est constituée par des papules coniques, dures (*Stippchen*), d'un rouge vif, du volume d'une tête d'épingle ou plus grosses, dont l'apparition procure au malade une sensation de piqûre, de pression et de douleur. Elles se montrent d'abord et en assez grand nombre sur la figure et le cuir chevelu, plus tard et en moins grande quantité, sur le tronc et sur les membres, à la paume des mains et à la plante des pieds. Sur le tronc, on voit quelques-unes de ces papules entourées d'une aréole d'un rose rouge, de la grandeur de l'ongle, — halo hyperhémique — il est caractéristique pour la variole. Ces éléments éruptifs se forment principalement autour des orifices folliculaires. Dans les cas où il existe encore un exanthème prodromique, on comprend que l'affection ressemble alors à s'y méprendre à la rougeole papuleuse. Aussi à cette époque de la maladie, et dans les circonstances que nous venons de dire, le diagnostic est-il à peine possible.

Généralement avec l'éruption papuleuse, les symptômes fébriles tombent subitement. Mais ils se maintiennent encore à un degré assez élevé, quand, en même temps, les efflorescences varioliques se sont développées en quantité considérable sur la muqueuse du pharynx et du larynx, ou bien quand les éléments éruptifs sont situés profondément, qu'ils sont nombreux et serrés les uns contre les autres (c'est l'avant-coureur d'une variole confluente).

Dans les varioles normales, l'éruption des petites papules (*Stippchen*) est également décisive relativement à l'intensité générale de la maladie. Si, dans l'espace de quatre ou cinq jours, il ne sort qu'un petit nombre de papules et que, en même temps, la fièvre tombe presque entièrement, la maladie pourra avoir suivi sa marche complète et être terminée vers le douzième ou le quinzième jour — varicelle. Les papules sortent-elles en quantité plus considérable, mais disséminées partout et sur le tronc en particulier, laissant entre elles de grandes portions de peau exemptes d'éruption ? L'exanthème sera complètement fini dans le cours de la troisième semaine — varioloïde.

Dans les cas de variole vraie typique, pendant le premier et le second jour de la période d'éruption, les papules se multiplient, laissant entre elles des portions de peau de plus en plus étroites exemptes d'éruption. Pendant ce temps, les papules qui sont apparues les premières, celles de la figure par conséquent, ont grossi et, par le fait de l'accumulation dans leur intérieur d'un contenu clair, séreux, sont devenues des vésicules transparentes. Beaucoup de ces vésicules présentent à leur centre une dépression superficielle — ombilic.

Avec l'apparition de ces premières vésicules commence la période d'éruption, qui arrive environ au sixième jour de la maladie. A cette époque, la fièvre est très modérée, le pouls est à 96 ou 100 ; c'est alors que la plupart des papules se transforment en vésicules. Quelques petites papules du début subissent également dans chaque cas la même transformation.

A partir du huitième ou neuvième jour, le liquide contenu dans les vésicules se trouble, en commençant par les plus anciennes, c'est-à-dire celles de la figure, et, vers le onzième ou douzième jour, qui est le point culminant de la maladie, commence sur toutes les parties du corps la période de suppuration. Le contenu des vésicules est devenu purulent ; les vésicules se sont transformées en pustules. Elles se remplissent davantage, elles grossissent jusqu'à atteindre le volume d'un pois ; la dépression centrale — ombiliquée — disparaît, les pustules sont pleines, tendues ; leur base paraît bordée de rouge, souvent elle est entourée d'une aréole inflammatoire assez étendue.

Au moment où la suppuration commence, la fièvre augmente de nou-

veau — fièvre de suppuration ; en même temps aussi s'accroît toute la série des accidents subjectifs qui, à cette époque de la maladie, sont le résultat des lésions survenues sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, de la quantité des foyers purulents dont la peau est le siège, et enfin des symptômes inflammatoires qui les accompagnent : sensation de douleur et de tension dans la peau, déglutition difficile et douloureuse, soif, insomnie, lourdeur de tête, etc... Il n'est pas rare de voir à cette période de la variole, sous l'influence du délire de la fièvre, quelques malades chercher à se suicider ou à se jeter par la fenêtre ; aussi faut-il les surveiller constamment.

Le visage d'un malade uniformément et abondamment couvert de variole est bouffi, gonflé, les paupières sont œdématiées et fermées, le nez, les lèvres sont épaissis, la lèvre inférieure est entraînée par le poids des pustules, la bouche ouverte laisse couler la salive, les narines sont bouchées par des pustules et par des croûtes, les oreilles sont épaisses, tuméfiées ; dans ces conditions, la figure est méconnaissable, même pour les personnes qui connaissent le mieux le malade et, en général, paraît considérablement vieillie. Les bras et les mains sont grossis, ils pendent inertes ; ils sont devenus trop lourds, les doigts sont demi-fléchis. Dans la paume des mains et sous la plante des pieds, où les pustules varioliques, par suite de l'épaisseur de l'épiderme, ne sont pas saillantes, mais paraissent comprimées et aplaties, de même que sur la peau de la tête, la sensation de douleur et de tension est des plus pénibles.

En général, les efflorescences de la variole sont réparties d'une manière uniforme sur la peau ; il y en a habituellement très peu sur le bas-ventre. En certains endroits, elles sont serrées les unes contre les autres, en groupes (variole en corymbe), et, au contraire, elles manquent le plus souvent non seulement dans les endroits de la peau qui ont été envahis par l'érythème, comme la région du triangle fémoral, mais encore sur certains points qui, d'après le tableau de la distribution des nerfs cutanés tracé par Voigt, représentent des zones intermédiaires, comme aux fesses par exemple. Sur le tronc, aux épaules, ainsi qu'Hebra l'a déjà signalé, les pustules sont disposées en rangées parallèles qui correspondent, d'un côté, à la direction des sillons de Langer, et, d'un autre côté, au trajet des nerfs.

Des portions de peau qui, avant l'éruption, ont été irritées, par des sinapismes par exemple, ou qui ont été soumises à des pressions prolongées, comme par des bandages herniaires ou par des bretelles, sont, en général, couvertes pendant la variole de pustules extraordinairement rapprochées les unes des autres, et cette prédominance locale tient évidemment à ce que les vaisseaux sanguins de ces régions sont plus disposés à l'hyperhémie et à la stase du sang.

La variole se montre également sur la muqueuse des cavités qui viennent s'aboucher à l'extérieur; leur développement précède notablement celui des pustules de la peau. Déjà, vers la fin de la période prodromique, on voit souvent sur le voile du palais et sur le palais même, sur la langue, sur la muqueuse des joues et des lèvres, et sur le pharynx, de petites papules rouges (*Stippchen*) qui se couvrent très promptement d'une couche grisâtre. Cette couche, c'est-à-dire l'enduit épithélial de ces efflorescences, ramollie par la chaleur et la salive, tombe au bout de quelques jours, et l'on voit alors, au milieu de l'efflorescence, une petite dépression avec un fond rougeâtre, qui est constituée par la muqueuse mise à nu ou recouverte d'une couche très mince d'épithélium et colorée en rouge. Du douzième au quinzième jour, et seulement plus tard dans les cas graves, le restant de l'enduit grisâtre est également tombé, et chaque point où il existait un élément éruptif est recouvert d'un épithélium de nouvelle formation, de façon qu'il n'en reste plus trace. La quantité des efflorescences qui se produisent sur les muqueuses est en proportion de celle qu'on observe sur la peau; c'est pourquoi l'on voit fréquemment, dans les cas internes, la face dorsale de la langue en être absolument criblée, avec déglutition douloureuse, salivation abondante et sécheresse de la gorge. Dans les cas graves, on trouve également de nombreuses pustules sur l'épiglotte, sur la face interne du larynx, et même (dans les autopsies) sur la muqueuse de la trachée et des bronches. Dans ces cas, la présence des pustules dans ces organes détermine l'aphonie, l'œdème de la glotte, la gangrène, l'inflammation des cartilages du larynx. Chez les enfants et chez les nourrissons, la variole de la bouche est sérieuse par l'obstacle qu'elle apporte à la nutrition. A cette exception près, ainsi que nous l'avons dit déjà, les pustules de la bouche suivent une marche très rapide et ne donnent pas lieu à des complications locales sérieuses.

Dans l'œsophage, on trouve souvent des pustules de variole en grande quantité.

Sur la muqueuse de la vulve et du vagin, ainsi que dans la portion inférieure du rectum, les pustules sont rares et ne surviennent que tardivement.

Dans la variole vraie, le conduit auditif externe est couvert d'efflorescences jusque dans la région osseuse. La partie la plus profonde, comme le tympan, en est toujours exempte. Pendant ce temps, à peine remarque-t-on un peu d'obtusion de l'ouïe.

Quant aux tissus extérieurs de l'œil, on rencontre des pustules non seulement sur la peau des paupières, mais encore sur le bord libre qui répond aux glandes de Meibomius. Rarement on en voit sur la muqueuse des paupières, et là, comme sur la muqueuse buccale, elles tombent

rapidement en macération. Sur la conjonctive oculaire il ne survient pas de pustules, tout au plus voit-on apparaître tout près de la cornée une petite pustule qui s'ouvre promptement, surtout chez les enfants qui souffraient déjà antérieurement de conjonctive pustuleuse (*herpes corneæ*, Stellwag). Quant aux affections graves des yeux que l'on peut rencontrer dans la variole, elles appartiennent aux complications et aux maladies consécutives de cette éruption, dont nous aurons à parler plus tard.

La période de dessiccation commence, dans les cas d'intensité modérée, vers le treizième jour, et, dans les cas plus sérieux, un ou deux jours plus tard; dans les premiers, elle se fait assez lentement, en huit à dix jours; dans les derniers, elle est plus lente encore, elle dure de dix à quinze jours. Le début de cette période est marqué par la disparition de la fièvre de suppuration. Le pouls, qui précédemment était à 112 ou à 120, tombe, dans l'espace de un à deux jours, à 96 et même 80, et, plus tard encore, il est au-dessous de la normale. Sur la figure, les pustules varioliques s'ouvrent çà et là et se couvrent de croûtes jaunes. Les autres, distendues par un contenu purulent, s'aplatissent d'abord à leur sommet (ombiliquation secondaire) et forment ensuite des croûtes brunes qui sont le produit de la dessiccation de leur enveloppe et du pus qu'elles contenaient. En même temps la peau se détuméfie, la figure reprend ses contours normaux. Pendant les jours suivants, la dessiccation des pustules marche rapidement. A partir du seizième jour, il en tombe déjà un grand nombre, qui laissent après elles une légère dépression, blanche, luisante. C'est à la paume des mains et à la plante des pieds que les croûtes persistent le plus longtemps; elles forment des corps lenticulaires, d'une couleur brun foncé, enchâssés dans l'épiderme, résultant de la dessiccation des pustules varioliques, et qui séjournent là pendant trois à quatre semaines. A part cette exception, la chute des croûtes est complètement terminée dans le cours de la quatrième semaine; le malade, qui était amaigri au début de la période de dessiccation, et qui, se nourrissant maintenant, augmente constamment en embonpoint et en poids, est bientôt rétabli.

Les traces de la variole, qui sont tantôt des taches blanches, brillantes (cicatricielles), tantôt des taches brunes ou violacées, légèrement déprimées, aplaties, restent, dans tous les cas, reconnaissables pendant un grand nombre de mois. Les premières persistent toute la vie, les dernières disparaissent après plusieurs mois.

Tel est le type de la variole ; mais, dans la pratique, la maladie peut présenter les différences les plus variées sous tous les rapports. Chacun est libre de présenter ces différences comme autant d'anomalies ou de variétés de la variole, ou comme autant de varioles irrégulières. Il n'y

a pas d'épidémie, pour ainsi dire, dans laquelle on n'observe pas, en général, toutes les formes possibles, et fort heureusement, il faut le dire, les plus nombreuses sont celles qui diffèrent dans un sens favorable du type que nous avons décrit.

C'est aussi pourquoi, parmi les symptômes qui s'éloignent de ce type, je veux tout d'abord vous signaler ceux qui, au point de vue clinique, sont favorables.

La période prodromique peut ne présenter aucune espèce de symptômes ; les efflorescences varioliques apparaissent chez le malade et celui-ci se souvient à peine d'avoir été un peu mal à son aise. Quelques-uns viennent demander une consultation à la Clinique, se plaignant qu'ils souffrent d'une acné, et c'est là seulement qu'ils apprennent qu'ils ont la petite vérole. Dans ces cas, les efflorescences ne sont jamais nombreuses ; il y en a pourtant dans lesquels la figure est en grande partie couverte, où, plus tard aussi, la fièvre de suppuration se développe avec encore assez d'intensité et où même il peut survenir des phénomènes consécutifs très désagréables.

Dans d'autres cas, les prodromes sont extraordinairement intenses, l'exanthème prodromique très accusé ; le quatrième jour, la fièvre tombe et... il sort dix à vingt petites papules qui se développent rapidement et forment des vésicules ou des phlycténules de la grosseur d'un haricot quelquefois, dont la plus grande partie se dessèchent rapidement, tandis qu'un petit nombre seulement d'entre elles se transforment en pustules et se dessèchent du dixième au douzième jour, sans fièvre de suppuration et sans procurer de malaise à l'individu qui en est atteint. Cette petite éruption représente toute la variole, variole apyrétique, varicelle ; cette forme s'observe principalement chez les enfants et les sujets vaccinés de l'âge adulte et de l'âge mûr. Certainement aussi, on lui applique souvent le diagnostic de pemphigus aigu.

Ou bien les prodromes sont comme toujours ceux de la période d'éruption typique ; il y a de très nombreuses petites papules qui toutes se développent en vésicules ombiliquées ou non. Au neuvième ou dixième jour, arrive une fièvre suppurative modérée, puis, tout à coup et simultanément, toutes les petites pustules se dessèchent et la chute des croûtes est complètement terminée le quatorzième ou le quinzième jour. Évidemment, cela ne peut avoir lieu que dans les cas où la variole est superficielle et légère.

QUATORZIÈME LEÇON

VARIOLE (*suite*).

Anomalies graves : variole hémorrhagique, variole confluente. Complications et conséquences de la variole. Anatomie pathologique.

Les anomalies de la variole dans le sens défavorable sont incomparablement plus variées.

Avant tout, nous nous occuperons de la variole hémorrhagique, qui devient souvent fatale dès la période prodromique et au début de l'éruption.

La variole hémorrhagique, à laquelle le peuple donne le nom de variole noire, est aussi mal réputée auprès des médecins qu'auprès des gens du monde.

Quand, dans le cours de la petite vérole, il survient des hémorrhagies, on n'est pas pour cela toujours admis à prononcer le nom de variole hémorrhagique, ou, ce qui dans le langage ordinaire est synonyme, tenu de s'attendre à une issue fatale de la maladie.

Mais précisément il n'est pas possible de tracer une limite bien nette entre les formes auxquelles on doit, à proprement parler, donner le nom de variole hémorrhagique et qui, par conséquent, doivent se terminer fatalement, et celles dans lesquelles les hémorrhagies représentent simplement un symptôme accessoire. Il y a, en effet, des formes intermédiaires entre les varioles hémorrhagiques à marche absolument fatale et les hémorrhagies, si je puis le dire, insignifiantes, qui peuvent survenir dans le cours de la variole.

L'importance des hémorrhagies que l'on rencontre dans la variole diffère suivant la période de l'exanthème à laquelle elles apparaissent et aussi suivant la région qu'elles affectent.

Ce qui est, dans tous les cas, le plus important, c'est le nombre des foyers hémorrhagiques ; puis, la manière dont surviennent les hémorrhagies, brusquement, en plusieurs poussées successives. Plus les hémorrhagies sont nombreuses, plus elles se renouvellent d'une façon continue, plus aussi le cas prend le cachet de la malignité, c'est-à-dire d'une variole vraiment hémorrhagique. Quelle que soit la perte de sang qu'elles représentent, ces hémorrhagies ne doivent en aucune façon être considérées en elles-mêmes comme la cause prochaine de la marche fatale de la maladie, et, par conséquent, comme le symptôme capital de

la variole hémorrhagique. Il est prouvé que, au contraire, dans les cas véritablement malins, elles ne représentent qu'un des symptômes de la maladie destructive qui envahit l'organisme tout entier.

Si l'on envisage la variole hémorrhagique dans ce sens, on peut, ainsi que je l'ai déjà démontré en 1872, en tracer tout d'abord deux principaux types.

Première forme de la variole hémorrhagique : Purpura variolique.

Pendant deux à trois jours le malade éprouve un abattement général, de la céphalalgie, de l'inappétence et des maux de reins. Le quatrième jour survient une fièvre intense, avec de l'agitation et apparition d'un exanthème.

Celui-ci consiste en une rougeur pourpre foncé qui se montre sur presque tout le corps, à la face, au cou, au tronc, au ventre, et sur les membres, à peu près uniformément répandue partout, et disparaissant sous la pression du doigt. Là où elle existe, la peau est brûlante, sèche, turgescente, on pourrait croire que l'on a sous les yeux un cas de rougeole intense.

Dès ce moment, le ton uniforme de pourpre foncé qui ressemble un peu à une teinture répandue (diffusée) dans la peau, et aussi l'extension de cette rougeur sur le visage en même temps que sur le corps, vous empêcheront de commettre cette erreur, que les autres symptômes concomitants rendront plus impossible encore. La chaleur de la fièvre et la fréquence du pouls sont considérables, la cornée est brillante, la pupille contractée. Le malade, agité, se tourne et se retourne dans son lit, et les douleurs de reins se sont développées à un tel degré qu'elles le font gémir. Très généralement il se plaint avant tout et uniquement de ce symptôme. Toutes les tentatives que l'on peut faire pour soulager ces douleurs sont vaines. Certains malades accusent également des douleurs au creux de l'estomac et une dyspnée dont on ne peut trouver la cause objective.

Dès cette époque, par conséquent, au premier jour de l'éruption, le sensorium est quelque peu altéré. Le malade répond promptement, il est vrai, aux questions qu'on lui adresse, mais il ignore, du reste, tout ce qui se passe autour de lui. Il est comme perdu en lui-même et dans ses violentes douleurs.

Dans cette forme, les hémorrhagies apparaissent de très bonne heure. Les premières se montrent dans la conjonctive, sous forme d'une ecchymose triangulaire qui occupe l'angle interne ou externe de l'œil. Puis, c'est sur la peau, principalement sur le tronc, sur le bas-ventre ; là, elles affectent la forme de taches d'une couleur bleu noir, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, siégeant sur le fond rouge pourpre dont nous

avons parlé. La surface de la peau qui les recouvre est lisse et souple. Ces taches apparaissent d'abord isolées, semées çà et là sans disposition déterminée, en premier lieu sur le tronc, mais aussi sur la figure, sur les membres. Ces différentes taches hémorrhagiques s'étendent très rapidement, dans l'espace de quelques heures, du centre à la périphérie. Elles s'étalent, pour ainsi dire, comme une goutte de graisse sur du papier à filtrer. Une tache hémorrhagique, de la grandeur d'une lentille, peut, en quelques heures, avoir atteint les dimensions de la paume de la main. C'est par ce fait, ainsi que par le rapprochement de plusieurs taches voisines les unes des autres, que se forment chez ces malades de grandes plaques, très étendues, d'une teinte bleu noir, comparables aux taches cadavériques. Le nombre des nouvelles hémorrhagies augmente aussi très rapidement. Sur toute la surface de la peau, il se forme de petites hémorrhagies qui s'étendent rapidement du centre à la périphérie.

Dans l'espace d'un petit nombre d'heures, les autres tissus sont aussi le siège de semblables épanchements de sang. La conjonctive du globe oculaire, déjà ecchymosée dans les angles, s'infiltre presque en totalité et forme une sorte de bourrelet saillant autour de la cornée fortement brillante. L'épithélium de la muqueuse des lèvres et de la langue se dessèche en une croûte d'un rouge brun sale, qui gène considérablement les mouvements de ces organes. Il en résulte des déchirures avec des hémorrhagies à l'extérieur et des suffusions sanguines au-dessus de ces déchirures, et des hémorrhagies en forme de taches dans la muqueuse même. La bouche répand une odeur fétide. La muqueuse du palais et du pharynx est rouge brun, sèche, ramollie, la voix est aphone, la respiration est rude, rauque. La malade tousse de temps en temps et expectore des crachats mêlés de filets de sang rouge clair ou de caillots noirs.

Quelquefois, il se fait des évacuations intestinales sanguinolentes, et chez les femmes des hémorrhagies utérines.

Le plus souvent, l'urine est retenue dans la vessie qui est distendue et remonte jusqu'au-dessus de la symphyse ; si on lui donne issue par la sonde, elle coule sanguinolente.

L'intelligence, chez certains malades, reste nette presque jusqu'à la fin de la vie ; chez la plupart d'entre eux, cependant, elle est troublée dès l'explosion de l'affection ; dès ce moment, ils restent indifférents à tout ce qui les entoure ; puis, à mesure que la maladie progresse, l'intelligence disparaît complètement. Au milieu de tous ces symptômes, la respiration s'affaiblit et devient irrégulière, le pouls petit, filiforme, et finalement la mort arrive en même temps qu'un peu d'écume sanglante se montre à la bouche du malade.

Cette maladie, qui, dans son ensemble, présente des symptômes si nombreux, accomplit son évolution totale dans un espace de vingt-quatre à trente-six heures. Du moment où le purpura variolique a fait sa première apparition, sous forme de rougeur diffuse, le diagnostic de cette forme de la variole hémorrhagique est déjà possible et, en même temps, on peut pronostiquer sa marche rapide et absolument fatale. D'heure en heure, les hémorrhagies et les troubles intellectuels font des progrès. Il est tout à fait impossible de rattacher les symptômes à telles ou telles circonstances. A tout moment, la scène change et toujours dans un sens mauvais, à tel point que la variole hémorrhagique amène la mort aussi rapidement que ne le fait peut-être aucune autre maladie générale. Dans des cas peu fréquents, la marche de la variole hémorrhagique se prolonge au delà de deux jours, de façon que la mort ne survient que plus tard, mais cela ne va pas plus loin que le troisième jour à compter de l'apparition de l'exanthème.

A l'autopsie, on trouve des hémorrhagies plus ou moins étendues à peu près dans tous les tissus et dans tous les organes internes : dans les membranes séreuses, les muscles, le périoste, dans les organes parenchymateux, le foie, les reins, parfois aussi dans les méninges, dans les enveloppes des nerfs, etc. Le sang qui se trouve dans le cœur, dans les veines et dans les parenchymes est rouge noir, fluide, ressemblant à du jus de pruneaux.

Si l'on considère attentivement l'ensemble de symptômes que nous venons de décrire, on comprend facilement que de temps à autre on peut avoir des doutes et se demander si l'affection appartient réellement à la variole et si l'on est bien autorisé à l'envisager comme un cas de variole hémorrhagique. On ne trouve pas sur la peau le moindre indice d'une efflorescence variolique, ou même il n'y a qu'une simple ébauche d'éruption, quelques petites papules.

A cette objection, on peut répondre qu'il n'est pas rare du tout de constater la relation étiologique qui existe entre la variole hémorrhagique et les formes ordinaires de la variole. Une personne qui a soigné un malade atteint d'une variole ordinaire ou d'une variole modifiée, est prise, après le temps ordinaire d'incubation, de variole hémorrhagique. Un troisième individu, qui s'était trouvé en contact avec cette dernière personne, prend une variole ordinaire. En outre, il n'est pas rare d'observer des cas dans lesquels, même au point de vue clinique, l'identité de cette forme de maladie avec la variole se manifeste. Dans les varioles hémorrhagiques, qui se prolongent jusqu'au troisième jour, on voit quelquefois, sur différentes parties de la peau, principalement aux membres inférieurs, survenir de petites éruptions, affaissées, aplaties, souvent

même accompagnées ou non d'hémorrhagies, dans lesquelles on peut facilement reconnaître des efflorescences varioliques.

Dans le cours, d'ordinaire extrêmement rapide, du purpura variolique, on ne constate, il est vrai, aucun indice d'efflorescences varioliques réelles. Il est cependant permis, d'après ce qui se passe dans les cas où la maladie a une durée un peu plus longue, de supposer que l'arrivée rapide de la mort rend impossible le développement de toute efflorescence. On a donc là, dans le vrai sens où le disaient les anciens, une « variole sans variole ».

Ce qui vient encore à l'appui de l'identité en question, c'est ce fait que le purpura variolique est plus fréquent pendant les grandes épidémies de variole.

D'une manière générale, le purpura variolique s'observe rarement. Souvent il se passe des années sans que l'on voie un cas de cette funeste maladie; et même des épidémies assez importantes ne présentent pas toujours des cas de ce genre. De 1866 à 1871, l'épidémie de variole n'a jamais, à proprement parler, disparu à Vienne. Parmi les quatre mille quatre-vingt-huit cas de variole qui, pendant ce temps, ont été traités dans la section des varioleux de l'Hôpital général, je n'ai vu qu'une seule fois cette forme dans son développement vrai. Dans le même espace de temps, il s'en est présenté deux cas dans ma pratique privée, tandis que, en 1874, sur deux cent neuf varioleux de la Clinique, j'ai vu dix cas de variole hémorrhagique. La même observation a été également faite dans d'autres pays (à Hambourg, Dr Knecht).

En dehors de la cause qui réside dans la malignité de certaines épidémies, nous n'en pouvons trouver aucune, en particulier, pour l'apparition sporadique du purpura variolique.

La vaccination semble ne protéger nullement contre cette forme de la variole. Bien que rare d'une manière absolue, le purpura variolique se rencontre si souvent chez des sujets vaccinés ou revaccinés et chez des personnes qui ont eu déjà la variole, que ce fait est précisément surprenant. Nous ne trouvons également aucun éclaircissement dans d'autres conditions que pourraient présenter les individus. Ce ne sont pas habituellement, en effet, des sujets âgés, décrépits, cachectiques, pauvres, mal nourris, ou appartenant aux classes inférieures de la société, qui succombent à la maladie ; ce sont, au contraire, le plus souvent, des personnes à la fleur de l'âge, entre vingt et trente ans, et vivant dans les meilleures conditions, qui en sont les victimes.

Nous nous trouvons ici, comme lorsque nous essayons d'expliquer la marche maligne d'autres maladies zymotiques, du typhus exanthématique, par exemple, en présence d'un problème que nous dissimu-

lons tout au plus en admettant une disposition individuelle spéciale, mais que nous sommes incapables de résoudre.

Deuxième forme de la variole hémorrhagique. — Les symptômes prodromiques ressemblent à ceux de la première forme et à ceux de toute variole grave imminente. Au quatrième jour de la maladie, les symptômes deviennent inquiétants. Un exanthème prodromique existe ou bien il manque. Les douleurs de reins sont très violentes. Le malade est très agité, il a la peau brûlante, sèche, le pouls très fréquent; dans le cours de cette même journée ou de la suivante, il se plaint de violentes douleurs dans les membres inférieurs. Au toucher, la peau de ces derniers, parfois aussi celle du bas-ventre jusqu'à la région ombilicale et celle de l'avant-bras, paraît gonflée et, en même temps, dure comme du bois; c'est à peine si on peut la déprimer, elle est très douloureuse à la pression et donne au doigt promené sur elle la sensation de petites inégalités boutonneuses.

En pratiquant la palpation avec soin, et en examinant à un éclairage favorable la tuméfaction et l'induration de la peau, on arrive bientôt à se convaincre qu'elles sont produites par de petites papules dures, arrondies, légèrement acuminées vers leur sommet, situées profondément dans le chorion, et qui, existant en très grand nombre et fortement serrées les unes contre les autres, sont uniformément répandues dans toutes les couches de la peau. Au premier ou au second jour de l'éruption, on voit apparaître des taches d'abord ponctuées, correspondant aux cônes des petites papules dont nous avons déjà parlé, profondément situées, que l'on aperçoit à travers l'épiderme, présentant une couleur bleu noir, — ce sont des hémorrhagies. D'heure en heure, leur nombre augmente, en même temps que chacune d'elles s'élargit en s'étendant du centre à la périphérie, de sorte qu'elles finissent par former de grandes taches hémorrhagiques confluentes. Cependant, elles restent pour la plupart isolées et sont limitées aux nombreuses saillies formées par les papules. Dans certains endroits la peau se nécrose sur une étendue plus ou moins considérable, soit d'emblée, soit à la suite des suppurations hémorrhagiques qui se sont produites au-dessous d'elle, et forme sur ces points une matière desséchée, d'un mauvais aspect, d'une couleur vert noirâtre.

Dans ces cas, la peau du tronc et de la face peut présenter différents aspects ; tantôt on voit des efflorescences modérément nombreuses qui suivent un développement normal ou qui sont d'emblée des pustules hémorrhagiques ; d'autres fois, sans qu'il existe de ces pustules, ou bien à côté d'elles, on voit survenir sur un fond érythémateux des taches hémorrhagiques qui s'étalent rapidement, d'une façon excentrique, comme dans la forme que nous avons décrite en premier lieu.

Pendant ce temps, les symptômes fébriles ont encore augmenté d'intensité ; le pouls est très fréquent, la langue est sèche, fendillée. L'intelligence se trouble, le délire et l'agitation font place à un état comateux qui persiste jusqu'à la mort du malade. Il me semble bien que c'est cette forme de variole que Curschmann a voulu désigner sous le nom de variole hémorrhagique pustuleuse.

Cette forme de variole, bien qu'elle ne soit pas tout à fait aussi rapide que la première, accomplit cependant son évolution ordinairement dans un espace de deux à trois jours ; mais elle peut aussi parfois se prolonger jusqu'à quatre jours. Dans ce dernier cas, on voit toujours apparaître à la face et sur le tronc les productions manifestes d'efflorescences que nous avons signalées plus haut. Il s'élève même au-dessus des parties des membres inférieurs qui sont le siège d'une infiltration ligneuse quelques efflorescences plates, en général hémorrhagiques. Mais cette forme aboutit toujours, dans le délai que nous avons dit, à la mort.

Parmi les symptômes, celui qui est particulièrement frappant, c'est la grande quantité d'éléments éruptifs accumulés sur une certaine partie de la peau, des membres inférieurs et du bas-ventre ; ce sont ces efflorescences qui déjà, lorsqu'elles sont à l'état de papules (*Stippchen*), situées profondément dans les tissus et serrées les unes contre les autres, produisent cette infiltration dure et douloureuse de la peau que nous avons décrite. Les hémorrhagies qui surviennent ici localement semblent, dans ces circonstances, apparaître plutôt comme le résultat du trouble local qui se produit dans la circulation par suite de l'infiltration dure des tissus déterminée par l'inflammation, que comme l'expression d'une décomposition générale du sang.

De même que cette variété se rapproche des formes typiques de la variole par l'apparition de ces ébauches d'éruption variolique, de même elle se rattache aussi, dans un autre sens, au purpura variolique, dans les cas où il se produit, sur la peau du tronc exempte d'efflorescences, les hémorrhagies diffuses que nous avons signalées plus haut.

D'après ma propre expérience, cette forme de la variole hémorrhagique est encore plus rare que le purpura variolique.

Par contre, les circonstances étiologiques qui lui donnent naissance paraissent, dans un certain sens, être mieux appréciables que celles du purpura variolique. On la trouve toujours chez des sujets non vaccinés ou chez des personnes qui sont loin de leur première vaccination, c'est-à-dire qui sont déjà dans un âge assez avancé.

En dehors de ces deux formes de la variole que nous avons décrites jusqu'ici, formes auxquelles, en raison de leur apparition passagère ainsi que de l'intensité des hémorrhagies qu'elles présentent et de

leur marche absolument fatale, je propose de donner le nom de variole hémorrhagique, on observe encore dans le cours de cet exanthème des hémorrhagies qui se montrent dans des circonstances très variées.

Dans les cas que nous avons à décrire maintenant, ce ne sont plus des hémorrhagies générales que l'on observe, mais bien des hémorrhagies le plus souvent limitées aux efflorescences varioliques isolées et aux parties qui les avoisinent le plus immédiatement.

Elles apparaissent en moyenne entre le cinquième et le onzième jour de la maladie, sous forme d' hémorrhagies siégeant à l'intérieur des éléments éruptifs déjà développés ou qui commencent à se produire, et avec le caractère d'épanchement hémorrhagique, dans la couche papillaire et dans le chorion de la base et du tissu qui environne chacun de ces éléments. Ces efflorescences hémorrhagiques sont, dans leur totalité ou seulement à leur pourtour et dans leur voisinage le plus immédiat, d'un rouge foncé allant même jusqu'au noir ; en même temps elles sont en général affaissées, plates, ne sont jamais complètement remplies, et elles arrivent à dessiccation beaucoup plus vite que les efflorescences qui parviennent à une suppuration régulière.

Beaucoup de ces hémorrhagies se montrent déjà dans les éléments éruptifs qui constituent le début de l'affection, et, comme ces derniers correspondent très souvent aux follicules, on a, dans certains points, une lésion qui ressemble beaucoup à l'acné des cachectiques. Ces papules ne continuent pas à se développer de manière à former des efflorescences varioliques, mais elles se dessèchent, à ce degré, en une matière noire qui tombe à la suite de l'exfoliation de l'épiderme qui les recouvre. Les taches hémorrhagiques sont donc disséminées et, dans les différents cas, elles varient uniquement sous le rapport du nombre et non sous celui de leur intensité et de leur extension.

Des hémorrhagies de ce genre se rencontrent presque régulièrement dans toute variole générale confluente, et presque exclusivement sur le visage, sur le dos et sur les jambes.

Mais leurs causes sont très variables. Comme la variole confluente se trouve principalement chez les individus non vaccinés, c'est chez ces mêmes individus que s'observent surtout les éruptions hémorrhagiques. Certaines épidémies malignes se signalent par l'apparition particulièrement fréquente non seulement des deux formes typiques, que nous venons de décrire, de la variole hémorrhagique, mais encore tout spécialement par la fréquence des cas de variole confluente avec ou sans hémorrhagies, chez des sujets non vaccinés. De plus, elles se montrent presque régulièrement chez des alcooliques, et aussi chez des personnes âgées ou atteintes d'une cachexie quelconque. Enfin, on trouve

encore ces hémorrhagies sur les jambes des personnes qui ont des veines variqueuses ou qui, par profession, restent longtemps debout et chez lesquelles tous les phénomènes inflammatoires et les exanthèmes s'associent à des depôts de pigment et à des hémorrhagies. Dans tous ces cas, il ne peut être question de variole hémorrhagique; ce sont plutôt, à proprement parler, des éruptions hémorrhagiques survenant dans le cours de la variole.

De même la marche de la maladie, dans ces cas, ne dépend nullement de ces hémorrhagies, mais bien des diverses circonstances que nous avons énumérées et qui donnent naissance à ces hémorrhagies. Les malades sont en danger, non pas parce qu'ils présentent des hémorrhagies dans la forme que nous avons signalée, mais parce que la variole confluente est par elle-même une maladie dangereuse, et parce que, chez les alcooliques, une maladie fébrile quelconque, une pneumonie par exemple, court plus de risques, toutes choses égales d'ailleurs, de se terminer par la mort.

En fait, plus l'état constitutionnel auquel l'hémorrhagie se rattache est léger, moins, d'une manière générale, le danger est grand, qu'il y ait ou non des hémorrhagies. Un buveur qui n'a pas d'hémorrhagies est toujours plus en danger quand il est atteint de variole que ne l'est un boulanger qui ne boit pas, mais dont les membres inférieurs couverts de varices sont le siège d'hémorrhagies; enfin, une variole confluente, alors même qu'elle n'est pas hémorrhagique, est toujours plus grave qu'une variole modifiée, d'intensité moyenne, observée, par exemple, chez un tuberculeux, alors même que cette éruption serait compliquée de quelques efflorescences flasques, en partie hémorrhagiques.

En général, on admet, cependant, que plus les hémorrhagies sont nombreuses et intenses, plus elles représentent un symptôme sérieux, qu'elles soient, d'ailleurs, l'expression de la malignité de l'agent contagieux ou bien le résultat d'une disposition individuelle. Mais ces dernières formes de variole que nous venons de décrire présentant de de nombreux foyers hémorrhagiques ne sont pas absolument mortelles; le danger réside dans le concours, dans la simultanéité de plusieurs des circonstances que nous avons énumérées, et il est d'autant plus grand que ces mêmes circonstances sont plus nombreuses et plus graves.

Les hémorrhagies les moins importantes de toutes sont celles qui surviennent comme conséquence de l'exagération locale de l'hyperhémie dans l'érythème prodromique de la variole, érythème variolique, ainsi que je l'ai déjà démontré.

Sur les régions qui ont été occupées par les hémorrhagies de ce

genre, il ne se développe généralement aucune éruption variolique ou il n'en apparaît que très peu.

L'observation des faits prouve, en outre, que dans toutes les circonstances, alors même qu'il survient des foyers hémorrhagiques, la maladie porte l'empreinte clinique de la variole que l'on ne saurait méconnaître, et que, même dans le purpura variolique, dans lequel il ne se manifeste aucune efflorescence, l'identité de la maladie avec la variole au point de vue clinique est incontestable.

Je reviens ici encore une fois sur ce fait, parce que l'on a tenté un jour de donner à la variole hémorrhagique une place spéciale dans la nosologie en se plaçant au point de vue histologique (Erisman). Si l'on examine des portions de peau provenant de varioles hémorrhagiques, de différentes formes et à des périodes diverses de développement, on peut, ainsi que le montrent les recherches de E. Wagner, de O. Wyss et de Zuelzer, se convaincre que le mode et la manière dont se forment les efflorescences sont absolument les mêmes que dans la variole ordinaire. L'extravasation des globules rouges et du sérum du sang n'est pas bornée au siège même des efflorescences; elle continue superficiellement dans les papilles et plus profondément dans le chorion, le long des vaisseaux, et elle ne trouble la production des efflorescences qu'autant qu'elle apparaît dans leur domaine, soit au moment où elles commencent à se former, soit avant leur développement.

Par le fait de la mort hâtive, les pustules restant à l'état rudimentaire, les formes de la variole hémorrhagique que nous avons décrites représentent, pour ainsi dire, des formes abortives de la maladie. Tout au contraire, il y a une production excessive d'efflorescences dans la forme que l'on désigne sous le nom de variole confluente.

VARIOLE CONFLUENTE

Elle est habituellement précédée d'une période prodromique tumultueuse, tandis que, dans les cas où les symptômes de cette période sont insignifiants, la variole confluente n'est pas à redouter. La fièvre diminue à peine pendant l'éruption des papules initiales ; elle se maintient à un degré considérable pendant le stade éruptif, et elle augmente souvent jusqu'à un état typhoïde (variole typhoïde) avec délire ou stupeur et coma pendant la suppuration.

Les papules varioliques primitives (*Stippchen*) sont plus dures que

celles des autres formes, parce que leur base inflammatoire est située très profondément dans le corps papillaire et dans le chorion, et elles surviennent en si grande quantité que, pendant qu'elles se développent en vésicules, elles se trouvent déjà serrées les unes contre les autres par le fait de leur accroissement en largeur. Plus tard, quand les pustules sont arrivées à leur développement complet, elles sont encore plus étroitement pressées les unes contre les autres. En certains points, notamment à la face et aux mains, elles forment une saillie dure, confluente, présentant une surface rugueuse due aux sommets des pustules qui s'élèvent au-dessus de la peau, qui, en outre, est considérablement tuméfiée dans sa totalité, par suite de l'inflammation de ses couches profondes et par l'œdème. Le gonflement et la tension du visage, des paupières, du cuir chevelu et des mains sont énormes. Dans toutes ces régions, de même que sur le tronc, les enveloppes des pustules peuvent être tellement rapprochées les unes des autres, qu'elles se fondent en une enveloppe unique, continue, qui est soulevée sur de grandes surfaces par la masse du pus. Là, le chorion est mis à nu et se couvre promptement d'un dépôt pseudo-membraneux jaunâtre. Ou bien la peau, frappée de gangrène, se transforme par places en une pulpe d'un mauvais aspect, par suite de l'infiltration inflammatoire intense des couches qui forment la base des pustules. Nous avons déjà dit que, dans ces conditions, on trouve un grand nombre de pustules hémorrhagiques.

La quantité des pustules sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx est toujours aussi très considérable, dans les cas de variole confluente. La langue, quelquefois énormément tuméfiée (glossite variolique), presse contre les dents et présente sur les points meurtris par la pression un enduit pseudo-membraneux. La voix est aphone, la respiration et la déglutition s'accomplissent d'une façon douloureuse. Curschmann a observé des vomissements, que l'on avait de la peine à arrêter. La muqueuse du pharynx, de l'épiglotte et du larynx paraît sèche, d'une couleur rouge brun, comme vernie. Ou bien il se forme des ulcérations diphtéritiques. La périchondrite laryngée ne se montre généralement que pendant la période de la chute des croûtes. Le catarrhe bronchique est grave.

Les symptômes fébriles et les phénomènes généraux présentent une intensité extrême, proportionnée à l'état inflammatoire extraordinairement intense et étendu de la peau, laquelle, ainsi que nous l'avons décrit, couverte de plusieurs centaines de pustules profondes, et, par conséquent, d'autant de foyers purulents, peut encore, sur certains points, être frappée de gangrène ou d'inflammation pseudo-membraneuse. A l'époque de la suppuration, vers le douzième ou

quinzième jour, la fièvre est continue, les malades ont le délire, ou bien ils sont plongés dans un état d'assoupissement d'où ils ne sortent qu'au moment où commence la dessiccation générale. Mais souvent les malades succombent beaucoup plus tôt, à l'œdème pulmonaire, à la pleuropneumonie, à une paralysie nerveuse, ou à la suffocation produite par les lésions du larynx ou de la trachée. Quand ils arrivent à la période de desquamation, ils peuvent encore perdre la vie par le fait d'inflammations métastatiques de la peau, et d'autres organes que j'indiquerai plus loin, ainsi que par suite d'épuisement, ou bien ils ont eu à subir les fâcheuses conséquences qui succèdent d'une manière définitive à ces diverses affections, comme des rétrécissements du larynx, des lésions plus ou moins graves des yeux, la cécité, des ankyloses, etc., etc....

En outre, la variole vraie et confluente présente des complications très nombreuses et très variées.

Parmi ces complications, je citerai tout d'abord, comme des accidents assez rares dans cette forme, l'aphasie, la paralysie de certains groupes musculaires, la paraplégie, affections que j'ai observées, ainsi que Westphal et plusieurs autres auteurs. Dans les cas où la variole a guéri, ces diverses affections disparurent elles-mêmes, soit avec la cessation des symptômes fébriles et des accidents méningés, soit pendant la convalescence ; dans certains cas, au contraire, elles ont persisté encore après la terminaison complète de la variole.

L'albuminurie et la diarrhée sont plus rares et ont une importance extrêmement moindre.

Au contraire, les métastases dont nous avons déjà dit quelques mots, et qui surviennent à l'apogée de la période de suppuration, aussi bien qu'au moment de la chute des croûtes, constituent une complication grave.

Les métastases les plus fréquentes sont celles qui intéressent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il se forme successivement, et chaque fois avec un nouveau mouvement de fièvre, cinquante, cent abcès plus ou moins volumineux, ou même davantage, des furoncles, des inflammations circonscrites, sur lesquelles surviennent des phlyctènes hémorrhagiques. Ou bien il se produit, autour de certaines croûtes de variole, un cercle inflammatoire sur lequel l'épiderme est soulevé sous forme d'une phlyctène purulente, qui entoure d'une sorte de bourrelet la croûte centrale, — pemphigus variolique, rupia variolique. Dans d'autres cas, il se forme entre les pustules, en voie de dessiccation, sur la peau atteinte d'inflammation érysipélateuse ou circonscrite, des pustules simples et des furoncles, — impétigo variolique. A peine le malade est-il débarrassé de quelques-uns de ces furoncles, ou de ces foyers purulents,

par une opération suivie de guérison, un frisson annonce une nouvelle métastase se produisant sur un autre point. Malgré l'examen le plus attentif, on ne peut encore rien découvrir. Cependant, au bout de douze à vingt-quatre heures, on voit apparaître sur un point du corps une rougeur modérée de la peau, au-dessous de laquelle il y a déjà de la fluctuation. L'incision donne lieu à l'écoulement d'une quantité énorme de liquide ichoreux mélangé de lambeaux de tissus nécrosés. Rarement les os sont atteints ou nécrosés. Généralement, tous ces abcès et phlegmons guérissent très promptement. De temps à autre, ils s'accompagnent de lymphangite et d'érysipèle, ainsi que d'adénite avec ou sans suppuration. Les déperditions qu'entraînent ces divers accidents, la fièvre, les douleurs, le défaut de sommeil et l'inappétence qui les accompagnent, ont pour conséquence un état d'épuisement, qui peut se terminer par la mort, ou qui peut retarder la convalescence de six à huit semaines. Ou bien la mort peut être amenée directement par métastase sur l'un des organes internes (pleurésie, péricardite).

Les affections des yeux auxquelles la variole peut donner naissance sont, parmi tous ces événements consécutifs funestes, ceux qui impressionnent le plus péniblement le médecin. J'ai déjà parlé du catarrhe de la conjonctive, qui est généralement sans gravité, ainsi que de la production de pustules sur le limbe de la cornée. Mais de tout temps on a redouté la variole, tout spécialement à cause de ses fâcheuses conséquences pour les yeux, qui sont, en effet, dans la variole vraie et confluente, souvent menacés et même détruits. Ainsi, j'ai souvent observé dans le cours de la variole les affections suivantes : le xérosis de la cornée, la kératomalacie, des abcès de la cornée et la kératite purulente diffuse, l'ulcération produite par les pustules, l'hypopyon, l'iridocyclite, la perforation de la cornée avec procidence consécutive de l'iris, et enfin la panophtalmie. Elles surviennent comme accidents métastatiques pendant la période de suppuration, ou plus tard, et ne représentent, par conséquent, pas plus que les abcès et les phlegmons de la peau que nous avons déjà signalés, des symptômes particuliers à la variole, mais bien des complications et des accidents consécutifs de cet exanthème. Hans Adler a publié sur ce sujet important un excellent travail dans lequel il énumère les nombreux travaux qui, dans ces dernières années, ont enrichi l'histoire des affections des yeux consécutives à la variole.

Dans les cas où elle vient compliquer d'autres maladies de la peau, aiguës ou chroniques, qui existaient déjà antérieurement, la variole amène ordinairement une disparition partielle de ces maladies, et cela de différentes manières. Ainsi les acares de la gale meurent ordinairement, de même que les symptômes de l'eczéma disparaissent. Mais, pendant

la convalescence, les œufs d'acares qui ont survécu se développent de nouveau, et les éruptions de la gale se reproduisent. Les affections cutanées qui s'accompagnent d'un épaississement de l'épiderme et d'un état de congestion chronique du chorion, comme l'eczéma, le psoriasis, et même le lupus, favorisent le développement prédominant des efflorescences varioliques sur les points de la peau envahis par ces affections. Après la chute des croûtes de variole, la maladie de peau a elle-même disparu ou du moins elle s'est atténuée ; mais, le plus souvent, elle se reproduit plus tard. De même, dans le cours de la variole, les symptômes du prurigo, de l'ichthyose et des premières éruptions de la syphilis secondaire s'atténuent ou disparaissent, mais temporairement et sans jamais s'étendre d'une manière définitive.

J'ai souvent observé la complication de la variole avec la fièvre typhoïde, mais seulement en ce sens que la variole apparaissait pendant la convalescence de cette dernière.

Pour ce qui est de la coïncidence de la variole avec la scarlatine et la rougeole, je me suis déjà expliqué à cet égard. Dans la plupart des cas où l'on n'a pas confondu l'exanthème nouvellement apparu avec l'érythème variolique ou avec un érythème simple, avec une urticaire ou un érysipèle, on voit, quand on examine exactement les faits, qu'il s'agit là d'une simple succession des accidents, c'est-à-dire que la scarlatine ou la rougeole n'ont fait leur apparition que quand l'exanthème variolique avait déjà atteint ou même dépassé le maximum de son développement. Ces cas, il est vrai, impliquent encore la présence simultanée des deux contages dans l'organisme, si l'on considère la durée de l'incubation dont on doit tenir compte pour l'exanthème qui se manifeste en second lieu.

On peut considérer comme affections consécutives et comme suite de la variole toutes les maladies avec leurs conséquences ultérieures que j'ai décrites ou que j'ai sommairement indiquées précédemment comme complications et accidents métastatiques de la variole. Ce qui prouve la justesse de cet aperçu, c'est qu'elles survivent un certain temps à la variole même, comme certaines affections des yeux et des articulations, ainsi que la tuberculose chez les individus qui y étaient déjà disposés antérieurement.

Nous devons signaler, comme conséquences ordinaires de la variole, la séborrhée, des taches pigmentaires et des cicatrices.

La séborrhée occupe principalement le visage, et en particulier le nez et le cuir chevelu. Les symptômes de cette affection, ainsi que la forme spéciale qu'elle revêt, séborrhée congestive (Hebra) avec sa transformation possible en lupus érythémateux, ont été décrits par moi dans le chapitre relatif à la séborrhée. La séborrhée du cuir che-

velu s'accompagne aussi d'une chute rapide des cheveux, *effluvium capillorum,* qui, pourtant, dans la plupart des cas sont remplacés par une pousse nouvelle. Il n'y a perte définitive des cheveux que sur les points où les follicules ont été détruits par le fait d'une suppuration profonde des pustules varioliques.

Chez les malades qui ont eu une variole vraie et confluente de la face, le nez est souvent sillonné de cavités plus ou moins profondes, au-dessus desquelles on voit des sortes de saillies verruqueuses, qui sont des vestiges de la peau. Il y a encore d'autres saillies verruqueuses sur le nez ; elles sont produites par une accumulation de matière sébacée dans les glandes qui sécrètent cette substance et dans les acini de ces glandes qui sont oblitérés par des cicatrices ; d'autres encore sont formées par des papules varioliques étroitement serrées les unes contre les autres, qui ne sont pas arrivées à suppuration, mais qui persistent encore un certain temps sous forme d'hyperplasies papillaires et épithélioïdales. Tout cela figure sous le nom de variole verruqueuse, *warty pocks.*

Les traces régulières de la variole restent sous forme de taches pigmentaires et de cicatrices. Les premières sont larges comme une lentille, d'un jaune brun, présentant dès le début une tache blanche à leur centre, où elles sont en même temps un peu déprimées, et ne pâlissent que fort peu sous la pression du doigt. On les trouve dans tous les points qui ont été occupés par des éléments éruptifs superficiels, c'est-à-dire qui ont suivi toute leur évolution dans les limites de l'épiderme, soit que ces éléments revêtent la forme de vésicules, comme dans la varicelle, soit qu'ils arrivent par suite de leur développement régulier à la suppuration, comme dans la varioloïde et la variole. Ces taches doivent leur coloration à une accumulation plus ou moins considérable de pigment dans le réseau muqueux de la peau et à une hyperhémie qui persiste plus longtemps encore dans les vaisseaux papillaires. C'est pour ce dernier motif que ces taches prennent, sous l'impression du froid, une coloration violacée plus prononcée. Il faut plusieurs mois pour que la couleur de la peau redevienne normale.

Les cicatrices ont la même forme et les mêmes dimensions que les taches pigmentaires ; elles sont d'abord violettes, mais plus tard elles deviennent d'un blanc brillant et présentent une dépression un peu aplatie. Elles n'apparaissent que sur les points où les pustules ont pénétré jusque dans le corps papillaire, qui a été lui-même partiellement détruit par la suppuration. Là où ces pustules étaient fortement serrées les unes contre les autres, les portions intermédiaires de la peau qui ont été épargnées par la maladie, et qui sont demeurées intactes, forment des îlots et des ponts qui donnent à la partie où elles se

trouvent un aspect réticulé. Mais il n'existe pas, en réalité, de cicatrices caractéristiques de la variole ; elles ont le même aspect que toutes les cicatrices, qui succèdent à des efflorescences analogues, comme celles de la syphilis, de l'acné, etc.... Leur origine ne se reconnaît absolument qu'à leur disposition régulière et à leur mode de distribution.

Toutes ces conséquences locales de la variole que nous venons d'énumérer en dernier lieu, les taches, les cicatrices et les verrues, ont donc pour base la lésion anatomique à laquelle chaque pustule a donné naissance. Nous allons maintenant étudier en détail les pustules de la variole.

L'anatomie des efflorescences varioliques présente certaines particularités par lesquelles elles se distinguent, d'une façon tout à fait essentielle, des formes analogues de l'inflammation non variolique, par exemple des papules, des vésicules et des pustules de l'eczéma. Suivant moi cependant, cette particularité ne doit peut-être pas être attribuée à des processus de nutrition, qui seraient étrangers aux autres formes de l'inflammation, mais elle est simplement la conséquence et l'expression du processus typique local, qui atteint son développement et arrive à son terme dans un délai déterminé. Le type lui-même est, il est vrai, un problème pour nous, ainsi que sa cause, la maladie variolique. Quant aux auteurs qui ont cru trouver dans le contenu des pustules, et aussi dans le chorion situé au-dessous d'elles, les bactéries, les micrococcus et les microsphères de la variole, ils sont également tout disposés (Weigert) à expliquer les détails des phénomènes anatomiques, directement par la présence de ces corpuscules de contage. Outre que cette relation n'est pas du tout évidente aux yeux d'autres observateurs, il règne encore, au sujet des autres faits anatomiques réels, ainsi que de leur interprétation, de grandes divergences dans les opinions des auteurs.

Les faits se présentent de la façon la plus simple dans l'efflorescence variolique typique, qui a son siège dans l'épaisseur de l'épiderme et qui, dans son complet développement, n'atteint pas au delà de l'épiderme.

La formation des efflorescences commence par un gonflement hyperhémique des papilles, du point limité sur lequel apparaît aussitôt la papule, gonflement qui est dû à une congestion plus intense des vaisseaux (rougeur), à une imbibition séreuse et une infiltration cellulaire légère. Cet état appartenant à la période initiale qu'Auspitz et Basch ont indiqué pour la première fois dans leur travail sur ce sujet, travail qui contient, en outre, d'autres faits dont tout le monde reconnaît aujourd'hui l'exactitude, cet état, dis-je, je l'ai

observé moi-même sur des préparations de purpura variolique. Cependant, la majeure partie de la papule, qui s'élève au-dessus du niveau de la peau, est fournie par une hypertrophie des cellules de Malpighi. Celle-ci commence par un « gonflement trouble » des cellules du réseau. Rindfleisch donne une excellente description de cette métamorphose des cellules épithéliales ; d'après lui, elles sont finement granulées et troubles, ou bien elles présenteraient des granulations masquant complètement le noyau, et leur faisant perdre leur transparence, elles seraient augmentées de volume et transformées en masses informes. Les cellules épithéliales sont sujettes à cette même transformation dans d'autres affections. Weigert croit que cette trans-

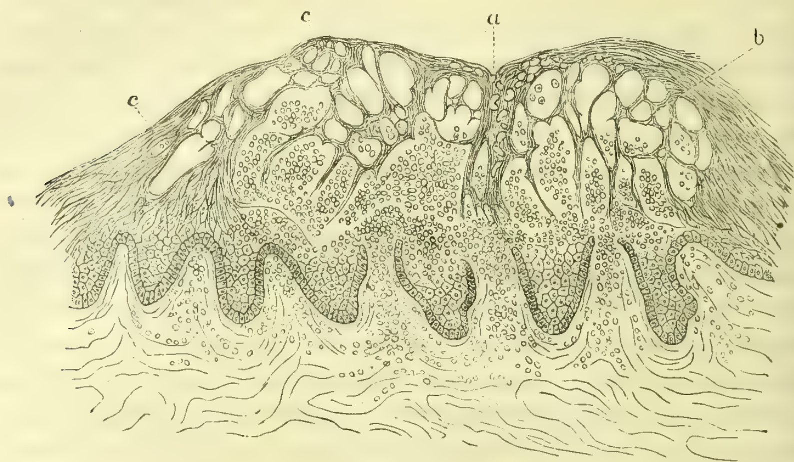


Fig. 17.

Coupe verticale d'une pustule au début de la période de pustulation (d'après Rindfleisch).

a. Ombilic au niveau de l'émergence d'un canal excréteur.
b. Reticulum intra-épidermique.
c. Reticulum à mailles plus petites, dans lesquelles se trouvent des cellules lymphoïdes et des cellules de pus.

formation d'une partie des cellules du réseau muqueux en masses informes « sans noyaux » serait le résultat direct du contact avec les bactéries qui ont pénétré du chorion dans l'épiderme, et représenterait une destruction « diphtéroïde ». Renaut, au contraire, qui décrit d'ailleurs la pustulation dans la variole d'une manière absolument conforme à celle des auteurs précédents, parle de micro-organismes dans les cellules épineuses supérieures et en voie de prolifération.

Suivant Rindfleisch, c'est la couche moyenne du réseau de Malpighi qui est le point de départ de la prolifération dont nous venons de parler. D'après Unna, au contraire, c'est le stratum lucidum, par

conséquent la couche la plus inférieure des cellules cornées, qui produit, par la prolifération et les transformations ultérieures de ses cellules, les pustules (corps varioliques) proprement dites qui se développeront plus tard. Il me paraît hors de doute que les couches supérieures du réseau muqueux participent, avec ou sans le stratum lucidum, aux phénomènes qui se passent dans toutes les pustules qui suivent un développement typique.

Tandis que dans les cellules en question la désagrégation se révèle par l'altération de leur transparence, il commence aussi à se produire une prolifération des cellules qui les environnent, et dont les masses considérablement accrues forment une sorte de coque ou d'enveloppe pour les cellules moyennes. Seulement au centre, là où se trouve le foyer diphtéroïde de Weigert et son ombilic inférieur, les cellules du réseau muqueux sont détachées de leurs adhérences par l'exsudat séreux qui monte des papilles, lequel, pénétrant les couches épidermiques, repousse devant lui, comme un couvercle, les couches les plus supérieures des cellules cornées. On a alors sous les yeux une vésicule avec un contenu transparent.

Le liquide exsudatif écarte les unes des autres les rangées les plus supérieures des cellules de la couche muqueuse, mais surtout d'abord les couches inférieures des cellules cornées. Celles-ci, en partie aussi tuméfiées, forment les parois et les voûtes d'un réseau de mailles et d'alvéoles, à l'intérieur de la vésicule variolique (fig. 17). Dans ce réseau alvéolaire, Ebstein distingue un réseau superficiel, formé de cellules cornées, et un réseau plus profond, qui appartient aux cellules du corps muqueux. En tout cas, ce réseau alvéolaire pénètre dans les cellules de la couche muqueuse seulement à mesure que la pustule variolique, continuant son évolution, se développe plus profondément dans la peau.

Les alvéoles en question sont remplis d'un liquide transparent, qui contient une certaine quantité de cellules exsudatives, des débris épidermiques, des masses amorphes et de petites granulations brillantes, qui sont vraisemblablement d'une espèce spécifique et auxquelles on a donné la dénomination de schyzomycètes (micrococcus, Hallier, Klebs, Ferd. Cohn et autres).

Auspitz et Basch ont expliqué la formation de l'ombilic dans la première période vésiculeuse de certaines pustules de variole (car toutes n'ont pas d'ombilic), en disant que la distension de la partie moyenne de la pustule par l'exsudat ne marche point du même pas que l'augmentation de volume des papilles dans leur partie périphérique, augmentation de volume qui est déterminée par l'hypertrophie de l'épithélium. Weigert pense que le réseau de cellules épithéliales diphtéroïdes qui

occupent le centre de la pustule résiste plus longtemps à la distension causée par l'exsudat que les cellules de la périphérie, et qu'elles maintiennent solidement le faîte de la pustule, jusqu'au moment où elle se déchire. Renaut attribue l'ombilic à une compression exercée par les capillaires remplis de lymphe sur les vaisseaux capillaires. Pour moi, je me range à l'opinion d'Hebra et de Rindfleisch, qui attribuent la formation de l'ombilic à la couche cornée du canal excréteur d'un follicule, ou d'une glande sudoripare qui traverse la pustule (fig. 17 *a*), laquelle couche cornée joue le rôle d'un frein et s'oppose là au soulèvement qui se produit dans son entourage. De plus, l'ombilic n'est même pas particulier aux pustules de variole ; il s'en produit un avec les mêmes conditions anatomiques dans des efflorescences simplement inflammatoires ; il disparaît toujours au commencement de la suppuration.

La transformation de la vésicule variolique en pustule se fait par l'accumulation de cellules purulentes à l'intérieur de l'efflorescence dont le contenu devient en même temps trouble. Les cellules de pus proviennent, suivant l'idée qui a cours actuellement, en partie des vaisseaux des papilles (cellules de migration), en partie de la prolifération des cellules du réseau muqueux. Les trabécules des espaces alvéolaires s'en vont en débris, en partie par le fait de la destruction suppurative proprement dite, fonte purulente, en partie par la pression qu'exerce la quantité du liquide qui va s'augmentant. La partie moyenne et inférieure de la pustule variolique est devenue une cavité purulente irrégulière, dans laquelle pendent des lambeaux épidermiques des parois alvéolaires superficielles, et des cellules du réseau muqueux, qui sont disposées sur les parties latérales et inférieure. La pustule est alors arrivée à son maximum de développement.

Dans la période suivante, période de dessiccation, l'hyperhémie inflammatoire des papilles diminue ainsi que l'exsudation qui en résultait. Des cellules du réseau muqueux, qui entourent le foyer purulent sur les côtés et à sa face inférieure, partent maintenant des cellules de formation récente qui, dans leur processus physiologique de métamorphose en cellules cornées, ne sont troublées par la production d'aucun exsudat. C'est ainsi qu'il se forme sur les parties latérales et inférieure de la pustule une couche de cellules cornées assez épaisse qui, rejoignant la même couche de revêtement supérieur de la pustule à laquelle elle se réunit, forme une capsule complète autour du foyer purulent (fig. 18 *e*), qui se trouve ainsi entièrement isolé des couches nutritives de la peau.

Par la dessiccation (évaporation ou résorption) de ses éléments liquides, le contenu de la pustule avec son enveloppe forme une croûte qui

se détache mécaniquement en se morcelant, après un certain nombre de jours ou de semaines, et d'autant plus tardivement que la couche cornée qui la recouvre est plus épaisse, comme à la paume de la main et à la plante du pied.

Les papilles qui correspondent au fond de l'efflorescence sont généralement gonflées et saillantes, au début ; mais dans la marche ultérieure de l'affection, elles sont comprimées, aplaties par les cellules proliférantes de la base de la vésicule ou, suivant Unna, du stratum lucidum, qui exercent une pression dans le sens de la profondeur. C'est ainsi que vous les voyez déprimées dans la figure 18, en comparaison



Fig. 18.

Coupe verticale d'une pustule non encore développée (la moitié seule est représentée). D'après Auspitz et Basch.

a, épiderme ancien ; *b*, cellules du réseau muqueux au-dessus du réseau des alvéoles ; *d*, réseau alvéolaire avec les cellules de pus qui y sont contenues ; *e*, cellules épidermiques de nouvelle formation ; *g*, papilles sous-pustulaires, aplaties et infiltrées de cellules.

des papilles périphériques normales en *g*. Mais en tout cas, dans ces formes typiques, après la chute des croûtes de la variole, il reste seulement une tache déprimée et colorée en brun par une pigmentation plus forte du réseau muqueux (*e*, fig. 18), mais il n'y a pas de cicatrice, parce que les papilles sont conservées.

Ainsi se développent anatomiquement toutes les pustules ou la majeure partie d'entre elles dans la varicelle et la varioloïde, ainsi que beaucoup de pustules, même dans la variole vraie.

Mais il y a d'autres cas où l'infiltration inflammatoire des papilles, qui précède toujours la formation des pustules, atteint un degré tel qu'une partie des papilles ou encore une partie avoisinante du chorion est frappée de désorganisation, soit par suppuration,

soit par nécrose. Ainsi que l'a déjà fait remarquer Bärensprung, sur la coupe d'une partie ainsi atteinte, celle-ci paraît avoir perdu sa couleur normale, elle est d'un blanc uniforme (disque diphtéritique), parce que, comme le montrent les préparations (injections) de Rindfleisch, les petits vaisseaux afférents eux-mêmes sont comprimés par l'exudat et l'infiltration cellulaire. Cette partie des papilles et du chorion est détruite de cette façon, et les produits de cette destruction et les cellules purulentes (car dans ces cas, on le comprend, il y a toujours suppuration) viennent augmenter, en se joignant aux cellules purulentes qui proviennent du réseau muqueux placé au-dessus de lui, le contenu de la pustule variolique. La cavité purulente s'étend, par conséquent, dans ces cas, jusque dans les papilles et au delà. Et l'on comprend bien que, dans ces points, il doit aussi toujours rester une cicatrice de variole, parce qu'une partie de tissu cellulaire de la peau a été en même temps détruite par la suppuration. D'après cela, on peut juger combien il est illogique de croire qu'en appliquant des pommades, des emplâtres, etc., au moment du début de la suppuration, on pourra empêcher la production de cicatrices, puisque les conditions qui déterminent la formation de ces cicatrices existent déjà par le fait du siège profond de ces pustules et de l'intensité des premiers phénomènes de l'inflammation.

Les efflorescences dans la variole hémorrhagique, quand elles arrivent à se former, ne se produisent pas autrement que dans la variole pustuleuse ; la seule différence est que, dans la forme hémorrhagique, en outre des corpuscules blancs du sang et de l'exsudat séreux, il se trouve aussi des globules rouges mélangés au contenu des cavités des pustules, ainsi que des foyers hémorrhagiques, dans les papilles et le chorion. Erismann a essayé, comme nous l'avons dit plus haut, d'établir une différence bien tranchée entre la variole hémorrhagique et la variole ordinaire au point de vue anatomique ; mais Wyss, E. Wagner, Zuelzer, etc., ont démontré que cette tentative était mal fondée.

Dans le purpura variolique, à côté de l'infiltration cellulaire des papilles, on trouve sur beaucoup de points, sur lesquels évidemment se produiront les efflorescences, de petits épanchements de sang disséminés dans le chorion et le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour ce qui est des lésions de détail des pustules de variole situées sur la muqueuse de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, des bronches et de l'œsophage, nous manquons encore d'observations bien exactes.

Quant aux lésions anatomopathologiques que l'on a trouvées jusqu'ici en dehors des altérations relatives aux pustules, dans les cas de variole qui se sont terminés par la mort, ces lésions correspondent, en général, aux complications que l'on a pu constater au lit des malades,

par exemple à la pneumonie, à l'œdème des poumons. Dans beaucoup de cas, la raison anatomique de la cause immédiate de la mort reste complètement inexplicable. Je crois pouvoir dire que, bien que nous possédions de très nombreux documents sur les lésions anatomiques des organes internes révélées par les autopsies, dans des cas de variole, nous ne pouvons, cependant, en tirer des conclusions admissibles d'une manière générale, tant les faits que contiennent ces relations sont contradictoires. Quand, par exemple, Hebra a vu que dans le purpura variolique les organes parenchymateux, le foie, le cœur, les poumons, la rate sont toujours le siège d'hémorrhagies, et que souvent la rate, en particulier, paraît transformée en une masse de sang fibrineuse, Curschmann et Ponfick, au contraire, prétendent trouver un signe différentiel entre la variole pustuleuse et le purpura variolique dans ce fait que, dans cette dernière forme, la rate est constamment petite et dure; ils soutiennent que l'état des organes du bas-ventre, dans cette même forme de variole, présente précisément une différence frappante. De pareilles divergences dans les opinions ne peuvent être aplanies que par le temps et par de nouvelles observations.

Relativement à la variole hémorrhagique en particulier, dans laquelle nous avons encore à signaler les extravasations sanguines, que l'on a quelquefois trouvées dans les gaines nerveuses et dans les méninges (Neumann, Zuelzer et moi), les bactéries et les amas de micrococcus, sur lesquels on est encore bien loin de s'entendre, jouent un grand rôle aux yeux des nouveaux expérimentateurs. Un auteur prétend même que ces microphytes pénètrent de l'extérieur à travers la surface de l'épiderme et donnent ainsi naissance aux efflorescences de la variole, en quoi il oublie que la fièvre qui précède leur développement n'aurait plus aucun motif d'existence. La foi aveugle en la médecine conduit à de telles insanités. Zuelzer insiste, de plus, sur la rigidité des parois vasculaires et sur leur friabilité par suite de la désagrégation granuleuse des éléments, surtout des éléments musculaires.

On a également trouvé des papules et des collections purulentes dans les poumons, sous la plèvre, dans le foie, soit chez des individus qui avaient succombé à la variole, soit chez des animaux à qui l'on avait injecté du sang de sujets morts de la variole hémorrhagique. Or, ce sont simplement des foyers d'inflammation métastatique (Weigert les appelle des colonies de bactéries), mais ce ne sont pas de véritables pustules varioliques. Celles-ci ne pénètrent pas dans l'intérieur du corps au delà des régions muqueuses que nous avons indiquées.

QUINZIEME LEÇON

VARIOLE (*fin*).

Diagnostic. Pronostic. Influence de l'inoculation sur la gravité de la maladie. Étiologie. Traitement. Prophylaxie. Vaccination, vaccine originaire et humanisée. Variole vaccinale. Marche normale et anormale.

Le diagnostic de la variole entièrement développée ne présente certainement aucune difficulté ; les symptômes que nous avons décrits offrent pour cela des garanties suffisantes. Dans certaines circonstances, cependant, le diagnostic comporte des difficultés considérables et l'on commet aussi, de temps en temps, des erreurs réellement fâcheuses. Certes, un médecin n'est pas à blâmer si, à la vue de l'exanthème prodromique ou même au premier jour de l'éruption, alors qu'apparaissent les premières petites papules (*Stippchen*), il hésite pour le diagnostic entre un érythème papuleux et la variole, ou si, même en raison des symptômes de fièvre et de catarrhe, il balance entre une rougeole papuleuse et la variole. Dans ces cas, je conseille généralement de laisser le diagnostic en suspens. Le jour suivant, les symptômes deviennent plus clairs, puisque, dans le cas de variole, les petites papules de la veille sont devenues considérablement plus grosses et que, à la figure particulièrement, elles sont déjà en voie de transformation vésiculeuse. Cette circonstance, que les papules se développent tout d'abord et principalement sur la face est aussi un signe particulier de variole. Dans la forme vésiculeuse de la variole, la varicelle, on aura, suivant les circonstances, à établir le diagnostic différentiel entre cette affection et un impetigo de la face ou un pemphigus (aigu) commençant. Lorsque la variole se présente à l'état pustuleux, il est très rare qu'on la méconnaisse. Le contraire arrive plus souvent, à savoir que l'on diagnostique une variole dans un cas de syphilide pustuleuse ou dans le cas très rare de pustules de la morve. La dénomination de « grande vérole » que l'on a donnée à la syphilis, par opposition à la variole que l'on appelle « petite vérole », *small pox*, indique bien déjà la ressemblance qui existe entre ces deux affections. Mais dans la varicelle syphilitique (*syphilis pustulans varioloïdes*, etc., des auteurs) vous trouvez toujours simultanément des efflorescences à divers degrés de développement, de grosses nodosités du volume d'une lentille à celui d'un pois, des efflorescences en plein développement et d'autres en voie de dessiccation et présentant des croûtes au centre, et, à la périphérie de

ces dernières, un bourrelet manifeste de petites papules indurées. Mais une erreur de ce genre ne peut durer au delà de quelques jours, puisque même le médecin le moins expérimenté sera frappé de la persistance uniforme de l'éruption syphilitique, contrairement au processus (d'évolution et d'involution) toujours rapide de la variole. Dans la morve, à côté des pustules superficielles, il se trouve toujours aussi des nodosités plus grosses, ressemblant à des furoncles, et des abcès. Dans ces deux affections, il peut y avoir de la fièvre à un degré appréciable, tandis que, dans la varioloïde modérée ou dans la varicelle, la fièvre est habituellement très faible.

De plus, l'examen de la muqueuse de la bouche et du pharynx, dans la variole, fournira presque toujours des signes différentiels.

Des cas de variole peu intense, dans lesquels il est survenu, dans un court espace de temps et principalement à la face, surtout sur le front, des pustules acuminées qui, généralement, correspondent d'une manière évidente aux follicules, tandis que, sur le tronc, il se forme tardivement des efflorescences isolées et suivant une marche abortive, ces cas, dis-je, peuvent être facilement pris pour de l'acné pustuleuse. Dans ces cas, l'apparition brusque et simultanée des pustules doit faire pencher le diagnostic du côté de la variole, tandis que les symptômes du développement non simultané des pustules et de leur marche chronique, ainsi que la présence de comédons, de tubercules inflammatoires et de petits abcès, sont plutôt les signes caractéristiques de l'acné. L'acné médicamenteuse, comme celle qui est produite par l'usage interne de l'iode et du brome, est, il est vrai, plus difficile à distinguer au début, parce qu'elle se développe toujours d'une façon aiguë.

Dans la description que je vous ai faite précédemment des symptômes et de la marche de la variole, je vous ai déjà indiqué les circonstances qui méritent toute votre attention sous le rapport du pronostic de cette maladie. Je vous ai dit que, si intenses que fussent les symptômes prodromiques, tant qu'ils se maintiennent dans les limites du cadre typique, ils ne permettent pas, en général, de conclure quoi que ce soit sur la gravité et la marche de la variole future ; mais que, dans le purpura variolique, on peut déjà, dès les premiers symptômes, pronostiquer la terminaison fatale.

En dehors de cela, les circonstances les plus importantes au point de vue du pronostic sont toujours, d'une part, le nombre des pustules, qu'il s'agisse d'une variole vraie ou confluente, d'une varioloïde ou d'une varicelle ; et, d'autre part, les conditions spéciales à l'individu, telles que l'âge ; chez les femmes, la grossesse ou l'état puerpéral ; l'état de vaccine ou de variole antérieure, et enfin le caractère de l'épidémie actuellement régnante.

La marche de la varicelle est toujours favorable, celle de la varioloïde est probablement plus bénigne chez les sujets vaccinés que chez ceux qui ne le sont pas ; quant à la variole confluente, elle est très dangereuse, même chez les individus qui ont été vaccinés, et, en outre, les conditions personnelles du malade ont sur la terminaison de cette forme une influence plus grande que dans les formes modérées de la variole. Enfin, la variole hémorrhagique, sous les deux formes que nous avons décrites, est toujours mortelle.

Sous le rapport de l'âge, les enfants à la mamelle atteints de variole sont presque irrémissiblement perdus, à cause des obstacles que la maladie apporte à l'allaitement ; les enfants plus âgés et robustes d'ailleurs résistent souvent même à la variole grave. Les vieillards ont plutôt des varioles indolentes (atoniques) et hémorrhagiques qui ne permettent qu'un pronostic douteux, comme les alcooliques, qui succombent généralement par le fait de l'intensité de la variole, ou qui meurent par œdème des poumons au milieu du délire alcoolique.

Les femmes enceintes et les accouchées sont plus menacées que les autres femmes, dans le cas de variole grave. Parmi les sept cents femmes atteintes de variole qui ont été traitées en 1866 et 1867, dans la division des varioleux de cet hôpital où j'étais médecin assistant, j'ai observé seulement cent vingt femmes enceintes et accouchées, et j'ai démontré, avec statistique à l'appui, la gravité toute spéciale de ces cas. Ainsi, — même en tenant compte des conditions de vaccination, — de ces femmes enceintes ou accouchées, il en est mort une sur trois, et des autres femmes une sur vingt-deux. La plus grande mortalité est le résultat de la complication de l'état puerpéral succédant à l'avortement et à l'accouchement prématuré, survenus, pour la plupart, du septième au neuvième mois de la grossesse.

Une circonstance extrêmement importante au point de vue du pronostic, c'est de savoir si l'individu a été antérieurement vacciné avec succès, ou s'il n'a pas été vacciné. En premier lieu, les sujets vaccinés sont, en moyenne, plutôt atteints par les formes plus légères de la variole, tandis que ceux qui n'ont pas été vaccinés prennent plutôt la variole grave. Mais, de plus, la variole vraie elle-même permet d'espérer chez les sujets vaccinés une terminaison meilleure. Toutefois, on ne peut pas nier que, dans les mêmes circonstances extérieures, un sujet vacciné peut être atteint de variole grave et un sujet non vacciné de variole légère, et que, par conséquent aussi, le danger peut être partagé dans la même proportion. Mais, en général, les choses se passent indubitablement ainsi que je l'ai dit. Je ne peux pas ici entrer dans le détail des très nombreuses observations faites à Vienne et ailleurs sur des milliers et des milliers de varioleux, non plus que des rapports

statistiques dressés soit par des médecins en leur propre nom, soit par des commissions ; mais tous ces travaux prouvent de la façon la plus incontestable que la vaccination affaiblit d'une manière évidente la variole et procure une protection relativement grande contre la maladie, c'est-à-dire que les sujets vaccinés jouissent d'une immunité relative. Au congrès international des médecins à Vienne, en 1873, sur sept cents médecins qui représentaient presque tous les pays civilisés, tous, sauf trois, ont reconnu la grande utilité de la vaccination. Entrez dans un hôpital de varioleux, avec un peu d'expérience vous reconnaîtrez immédiatement, à de rares erreurs près, les sujets non vaccinés, — ils ont toujours les formes graves de la maladie, les varioles généralisées et à grosses pustules. Dans les pays où la vaccination n'est pas généralement pratiquée, les épidémies font autant de ravages aujourd'hui qu'elles en faisaient dans les siècles passés. Chez nous, il meurt en moyenne, parmi les non-vaccinés, 13, 20 et jusqu'à 45 p. 100, et, parmi les vaccinés, 2,5 et jusqu'à 15 p. 100, suivant la malignité de l'épidémie et suivant aussi l'importance du chiffre des malades que nous enregistrons.

Veuillez vous bien pénétrer de l'exactitude de ces faits et ne pas vous laisser entraîner par des affirmations contraires, de quelque côté qu'elles viennent; elles ont certainement une source intéressée ou inexacte. Songez que par la vaccination les cas de maladie diminuent comme nombre et comme gravité, et qu'ainsi le danger est moindre pour le malade et qu'il y a également moins d'occasions, et pour la contagion des autres individus, et pour le développement des épidémies. Voyez, au contraire, le préjudice grave qui peut résulter pour la population si l'on néglige la vaccination, le danger qui, à chaque introduction de la variole dans un pays, se manifeste aussitôt d'une manière effrayante; alors, montrez que vous êtes des hommes pratiques, des médecins qui veulent réellement le bien de leurs concitoyens, en travaillant, par le raisonnement, par la parole et par vos actes, à propager le plus possible la vaccination dans tous les pays.

Une chose remarquable et sur laquelle Hebra et Oppolzer ont beaucoup insisté, c'est qu'une variole antérieure est d'un mauvais présage pour le pronostic, parcequ'ils ont vu nombre de fois des individus qui présentaient des cicatrices d'une variole ancienne mourir à leur deuxième ou troisième atteinte de variole.

Enfin, il est manifeste que les différentes complications et les suites de la variole, phlegmons, maladies des articulations, maladies des organes internes, du cœur, des poumons, etc., doivent entrer en ligne de compte pour déterminer le pronostic.

L'étiologie de la variole n'est guère plus avancée que celle des autres

maladies infectieuses. Ce que nous savons de positif se borne à ceci : que la variole est produite par un contage spécifique qui émane des varioleux, qui, par conséquent, peut aussi être porté au loin à travers l'atmosphère : donc il est « volatil » ; que ce contage est aussi renfermé spécialement dans le contenu des efflorescences varioliques, et que, avec ce contenu, soit liquide, soit desséché en croûtes, il peut être transporté sur d'autres individus par inoculation sous-épidermique; qu'il a besoin d'une période d'incubation de douze à quinze jours pour déterminer dans l'organisme un état de maladie générale, et que là il se reproduit et se multiplie. Ce contage est-il aussi contenu dans le sang des varioleux? Cela paraît probable (Zuelzer), mais n'est pas prouvé; au contraire, il semble peu vraisemblable qu'il existe dans d'autres produits de sécrétion des varioleux. Transporté au moyen des véhicules que nous avons indiqués sur des animaux (mouton, cheval, âne, chèvre, vache), ce contage détermine chez eux, le plus souvent, une maladie analogue, sinon identique, à la variole, maladie qui est tantôt simplement locale, tantôt générale. Il est certain que celle-ci, inoculée de nouveau à l'homme, se reproduit non pas à l'état d'affection générale proprement dite, mais plutôt comme maladie locale (vaccine).

L'idée, qui a été émise ces dernières années et qui va toujours progressant, que les contages en général sont des éléments de nature organique, a même pris une forme concrète relativement au contage de la variole (et de la vaccine). Depuis la démonstration de Keber, beaucoup d'auteurs voient dans de petites granulations (0,001 mm.) qui se trouvent dans la lymphe des pustules de variole, sinon le contage lui-même, du moins ses éléments de transport (transmission) les plus essentiels. Ferd. Cohn a confirmé cette idée par la publication récente de travaux très exacts dans lesquels il déclare que ces corpuscules sont susceptibles de végétation, et il les considère comme une espèce de bactéries-sphères spécifiques de la variole. Malgré la grande autorité de F. Cohn sur le sujet en question, et bien que Luginbühl, Klebs, Weigert, Zuelzer, de Toma, Alvaro, etc., aient fait des observations analogues, malgré les tentatives expérimentales de toute sorte (essais de filtration de Chauveau), et malgré les cultures réussies en apparence, les injections chez les animaux, etc., on ne peut pas dire que le micrococcus spécifique de la variole soit connu, ou son existence démontrée d'une manière certaine; d'autant moins que, dans ces dernières années, on a constaté comme existant normalement dans l'épiderme toute une série de coccus et de bactéries, que l'on rencontre aussi dans les efflorescences de la variole et de la vaccine, sous forme de foyers intra-épidermiques (Bizzozero, etc.).

La voie par laquelle la matière infectieuse est ordinairement absor-

bée est celle des organes respiratoires. L'inoculation de la variole que l'on pratiquait jadis a montré que la transmission peut se faire également à travers les plaies qui existent sur la peau. A cette occasion, je vous ferai remarquer que, généralement, l'application des produits de la variole sur de petites plaies peut déterminer une lymphangite violente, de l'érysipèle, des phlegmons avec frissons, pyémie, ictère, et même la mort. J'ai moi-même été atteint de cette façon d'une légère indisposition, mais un de mes collègues a contracté dans les mêmes conditions une maladie très grave.

Mais il arrive exceptionnellement soit par inoculation directe du contage variolique, soit par un contact accidentel ou le frottement de la peau d'un individu sain avec la peau d'un varioleux, qu'il se produise une variole inoculée réelle — variolisation fortuite, que l'on provoquait autrefois intentionnellement, lorsque l'inoculation au moyen du contenu de la variole était encore usitée — variolisation (*Voyez* page 274). J'ai, dans ces dernières années, observé quatre de ces cas. Le premier concernait une femme de trente-trois ans qui avait soigné son enfant mort de la variole. Sur la face dorsale des mains, il y avait quinze à vingt grosses pustules varioliques ombiliquées, semblables à des pustules vaccinales. Il survint aussi, au bout de dix jours, un érythème variolique, de la fièvre et une variole généralisée d'une intensité moyenne. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de trente-deux ans qui avait donné des soins à son enfant atteint de variole. Le troisième concernait une femme de vingt-deux ans, et le quatrième un enfant de trois ans et demi; tous avaient, dans les mêmes conditions, été en contact direct avec un varioleux. Chez les trois derniers, l'éruption de variolisation fut très abondante, mais limitée à la face et à la région cervicale, et, par conséquent, avait une très grande ressemblance avec l'impetigo contagieux. Mais seulement, chez l'enfant de trois ans et demi, il se produisit, au dixième jour, une éruption généralisée modérée, accompagnée de fièvre.

Ces quatre personnes étaient vaccinées.

Il paraît incontestable que le contage peut être transporté par des personnes intermédiaires, par des vêtements, par des ustensiles de ménage. De très hautes températures diminuent son action beaucoup plus que ne le fait un froid intense.

C'est par les malades, plus rarement par des personnes intermédiaires, que la variole se propage. Pour des populations isolées, comme Johanny Rendu l'a très éloquemment démontré pour la ville de Lyon, on peut très souvent suivre de cas en cas le chemin que parcourt la maladie une fois qu'elle y est importée. Les cas isolés donnent bientôt naissance à des endémies d'abord limitées à un cercle assez étroit, et

finalement à des épidémies qui envahissent des pays entiers et même des continents. Chez nous, à Vienne, comme dans les grandes villes en général, on n'est jamais sans voir quelques cas sporadiques de variole. De 1866 à 1876 a régné, presque sans interruption, une épidémie qui a pris un tel développement de 1870 à 1872, que cette période constitue réellement l'épidémie la plus importante de tout ce siècle sous le rapport de son extension géographique, de sa gravité et aussi de la mortalité. Ainsi, à Vienne, sur les vingt-cinq mille décès pour l'année 1872, trois mille trois cents étaient dus à la variole, proportion dont vous apprécierez l'énormité quand vous saurez qu'en 1864, sur vingt et un mille décès, on en compte seulement cent trente-sept produits par la variole. C'est à l'apogée des épidémies que l'on observe le plus de cas graves et mortels; de plus, les épidémies diffèrent encore entre elles sous beaucoup de rapports. Dans l'épidémie de 1870, par exemple, la fréquence de la variole hémorrhagique a été tout à fait inouïe.

Relativement aux saisons, c'est régulièrement pendant les mois d'hiver, de décembre à la fin de février, que l'on observe le plus grand nombre de cas de variole.

Dans une même épidémie, la variole ne fait jamais autant de ravages dans une population généralement vaccinée que dans une population non vaccinée; c'est un fait que l'on peut toujours constater. Je vous en ai déjà parlé, ainsi que de la protection relative que la vaccination donne aux individus, en ce sens que la susceptibilité des sujets à recevoir le contage variolique et à en ressentir l'influence est suspendue ou pour toujours ou pour un temps plus ou moins long, ou est tout au moins considérablement affaiblie. Il en est de même pour les personnes qui ont déjà été atteintes de la variole. Cependant, on a vu assez fréquemment des sujets prendre la variole une deuxième, même une troisième fois, et, dans ces nouvelles atteintes de la maladie, être plus gravement menacés que d'autres; il est évident qu'il existe, en pareil cas, une disposition spéciale à la variole. J'ai publié l'observation d'un cas dans lequel, quinze jours après la fin d'une varioloïde, il en est survenu une seconde qui a suivi une marche parfaitement régulière; Kramer a rapporté un fait semblable.

En dehors de ces conditions, la disposition individuelle est très variable; chez les enfants, pendant les premiers mois de la vie, et chez les personnes d'un âge avancé elle paraît exister *au minimum*. Cependant, le fœtus peut être atteint de variole pendant la vie intra-utérine, et alors il meurt avant l'accouchement, ou il naît très affaibli. La mère a-t-elle toujours eu antérieurement la variole? Cela est très discutable. Je ne saurais trop dire si les femmes enceintes ou accouchées sont réellement plus disposées que d'autres à prendre la variole; ce que je sais

seulement, c'est que chez elles la variole est plus grave. Chez les nègres, la variole est presque toujours très grave, uniquement, sans doute, parce que, généralement, ils n'ont pas été vaccinés. Un fait intéressant, c'est que, dans une période de trente années pendant lesquelles la division des varioleux appartenait à la section de dermatologie actuelle, jamais aucun des médecins et des infirmiers qui étaient occupés d'une façon continue dans ce service n'a été atteint de variole, et que, malheureusement, au contraire, la maladie frappait chaque année plusieurs médecins et étudiants qui n'y venaient que d'une façon tout à fait passagère, pour assister aux conférences. On peut jouir d'une immunité temporaire contre la variole, on peut être épargné dans une certaine occasion et être infecté dans une autre en apparence moins dangereuse.

Nous avons déjà dit que d'autres maladies de la peau et des organes internes, antérieurement existantes, et même l'état puerpéral, n'empêchent pas l'infection variolique ; il en est de même des maladies fébriles aiguës, comme la fièvre typhoïde, la pneumonie et les autres exanthèmes aigus, avec cette différence toutefois que dans les cas de rougeole et de scarlatine l'apparition de la variole est retardée jusqu'à la période de décroissance des autres exanthèmes.

Une maladie qui présente, comme la variole, un si grand nombre de symptômes, offre un vaste champ à la thérapeutique, et, cependant, les résultats qu'elle fournit ne sont pas à beaucoup près aussi satisfaisants qu'on pourrait le désirer. Si quelques médecins croient qu'il faut reconnaître dans les granulations très fines que l'on trouve dans le contenu des pustules de variole et dans le sang des cadavres de varioleux, des bactéries et des micrococcus qui constituent le virus variolique, si, par suite, ils croient pouvoir opérer chez les varioleux la destruction de ces schyzomycètes infectieux par l'administration du salicylate de soude ou du xylol (Burkart, Zuelzer) et diminuer ainsi l'intensité de la maladie, je n'ai rien à opposer à cette déduction, parce que le principe qui la dicte est juste et exact. Je doute seulement de l'importance des résultats qu'ils se proposent d'atteindre. Il y a également peu à espérer des doses élevées de quinine, d'émétique, ainsi que de la vaccination ou des injections sous-cutanées de vaccin pratiquées au début de la variole. En effet, lorsque le vaccin prend, l'éruption vaccinale suit sa marche régulière parallèlement à la variole. Dans ma conviction intime, nous ne possédons aucun moyen capable d'arrêter l'infection une fois qu'elle est accomplie, ou de modifier son action sur l'organisme. De même pour la variole, il ne nous reste à faire qu'un traitement purement symptomatique.

Mais, comme dans les varioles d'un degré moyen, les symptômes ne sont pas inquiétants, et que la maladie suit sa marche typique jusqu'à la fin, il en résulte que, dans ces cas aussi, il n'y a réellement rien d'essentiel à faire comme thérapeutique. Tenir le malade à une température modérée, dans une pièce dont on devra renouveler l'air, même pendant les froids rigoureux de l'hiver, sans qu'il y ait danger de « faire rentrer » la variole, mais bien dans l'intérêt du malade et des personnes qui l'entourent, lui faire prendre des boissons tièdes et mieux encore de l'eau fraîche qu'il acceptera avec le plus grand plaisir, lorsqu'il existe des pustules dans la cavité buccale, enfin lui donner une alimentation proportionnée à l'état de la fièvre, voilà tout ce qui constitue le programme thérapeutique de la variole légère.

Quand les pustules situées sur la muqueuse buccale rendent la déglutition douloureuse et déterminent de la stomatite, on peut administrer des gargarismes (chlorate de potasse ou alun 5 pour 300 d'eau de fontaine ou d'infusion de tilleul, additionné, si l'on veut, de laudanum de Sydenham 2 gr. 50, et miel rosat 10). Mais dans les cas de variole buccale intense, les malades ne peuvent guère se gargariser, et il est préférable de leur donner de l'eau fraîche et de petits morceaux de glace.

Aussitôt que les croûtes commencent à tomber, on fait prendre au malade un bain tiède tous les jours ou tous les deux jours, et on le fait laver chaque fois avec du savon. Il n'y a aucune raison de croire que, après ce traitement et quand toutes les croûtes sont tombées, un malade puisse encore infecter d'autres personnes.

La variole vraie et confluente réclame de la part du médecin une intervention plus active ; mais nous ne pouvons satisfaire qu'à une partie des indications qu'elle présente. Ainsi l'on peut déjà prévoir, d'après les symptômes que nous avons décrits de la variole hémorrhagique, que tous les médicaments restent sans résultat (xylol, perchlorure de fer, ergotine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées). Ces symptômes apparaissent et se déroulent dans la période prodromique et dans la première période d'éruption de la maladie. Nous ne pouvons même pas agir activement contre les symptômes souvent désordonnés de cette période : fièvre, agitation, vomissements, maux de reins, cardialgie, oppression. J'évite, notamment, de prescrire l'hydrate de chloral, le bromure de potassium, les opiacés et les injections sous-cutanées de morphine, afin de ne pas trop déprimer par avance l'activité nerveuse. C'est seulement dans les cas où, comme dans le purpura variolique, il n'y a dès le début d'autre issue possible que la mort, ou bien quand le malade, sous l'influence du délire de la fièvre, fait des tentatives de suicide ou devient dangereux pour son

entourage, ou quand il est atteint du délire alcoolique, ou enfin quand, d'une manière générale, il n'y a pas d'autre traitement à faire, c'est seulement dans ces cas, dis-je, que je prescris les opiacés. Curschmann recommande d'administrer l'hydrate de chloral en lavement (hydrate de chloral 6,6 à 8 grammes, eau distillée et mucilage de gomme arabique ââ 25 grammes).

Quant aux médications qui s'adressent aux symptômes accessoires, comme l'eau de laurier-cerise contre les nausées, les compresses froides pour diminuer la chaleur de la tête, le cognac contre les symptômes de faiblesse, le camphre, etc..., on peut les administrer librement.

A une période ultérieure de la variole, c'est la grande quantité de pustules serrées les unes contre les autres et la dermatite qui en résulte, qui prennent le premier rang parmi les symptômes. La fièvre, l'insomnie, le délire, le coma ou la mort subite par paralysie du cœur et des poumons, tous ces phénomènes sont intimement liés à l'intensité de l'éruption. C'est précisément pour cela qu'il ne faut rien faire qui puisse influencer directement ces divers symptômes.

D'autre part, la douleur, le malaise, étant d'autant plus intenses, et les métastases de la période de dessiccation d'autant plus à redouter que les pustules ont été plus nombreuses, plus confluentes et plus profondément situées, on s'est toujours efforcé de combattre aussi activement que possible leur production et d'activer leur résolution ou leur dessiccation par coagulation du liquide qu'elles renferment; on a agi de la même façon dans l'espoir de s'opposer à la formation des cicatrices.

Tout le monde connaît la méthode usitée depuis longtemps déjà, qui consiste à ouvrir les pustules les unes après les autres ou à les cautériser avec la pierre infernale (traitement ectrotique); cette pratique, qui est superflue quand il y a peu de pustules, est inexécutable et sans utilité quand il y en a un très grand nombre, ou enfin elle peut, dans ce dernier cas, être réellement nuisible.

Pour diminuer la tension douloureuse de la peau de la face, des mains et des pieds, on y appliquera des pommades simples étalées sur de la toile, on fera des onctions d'huile ou de saindoux; ou, ce qui est encore préférable, on aura soin de couvrir et d'envelopper ces parties avec des compresses trempées dans de l'eau tiède ou dans un mélange d'eau et de glycérine, ou enfin avec de la toile de caoutchouc.

Les méthodes à l'aide desquelles on se propose de déterminer la dessiccation des vésicules (avant la suppuration) et des pustules, afin de les faire avorter, ont une importance plus grande. Mais on n'oubliera pas que les pustules situées profondément doivent, par ce fait même, entraîner la suppuration du corps papillaire et, par conséquent, toujours laisser après elles des cicatrices, tandis que celles qui accomplis-

sent leur évolution dans le réseau muqueux, — pustules superficielles, — guérissent toujours sans laisser de cicatrices. Vous savez par là dans quelle mesure vous pouvez espérer empêcher, à l'aide des moyens que nous avons rappelés, la formation des cicatrices, et vous pouvez juger de la valeur des procédés recommandés contre la formation des cicatrices par l'application ou par des frictions de telles ou telles pommades ou teintures, ou en interceptant la lumière, ou par une foule d'autres pratiques plus ou moins étranges. Le siège anatomique plus ou moins favorable qu'occupent les pustules est, dès le début, le signe décisif sous ce rapport. Indépendamment des applications d'eau froide et des pommades simples que nous avons citées plus haut, on vante encore l'onguent gris, l'emplâtre mercuriel, les badigeonnages de teinture d'iode, les attouchements légers avec une solution de sublimé (sublimé 0,20 pour eau distillée 100), ou les bains de sublimé (5 grammes pour 300 d'eau, que l'on verse dans le bain) ; mais en prescrivant les préparations mercurielles, on n'oubliera pas qu'il y a toujours danger de produire la salivation. Tout récemment, on a recommandé (Schwimmer) le liniment de Lister (acide phénique 1, huile d'olive 8, craie blanche pulvérisée 2) déjà employé par nous en 1860 dans la division des varioleux ; nous n'avons rien de bien remarquable à dire de l'action de ce remède. Je veux, cependant, pour des applications limitées à la face, aux mains et aux pieds, vous recommander de faire usage de ces divers remèdes et d'autres analogues que nous avons presque tous essayés ; ils ont pour effet d'atténuer la tension de la peau, d'empêcher la rétention du pus et, par là, de diminuer le danger relatif à l'érysipèle et aux métastases.

Ce que je puis le mieux et le plus chaudement recommander dans le même but, pour les cas graves de variole vraie et confluente, ce sont les bains continus tels qu'Hebra les a le premier proposés. A partir du neuvième jour, c'est-à-dire dès de début de la suppuration, on peut chaque jour placer les malades dans un bain d'eau tiède et les y laisser pendant deux ou trois heures, en ayant soin de renouveler constamment l'eau du bain pendant tout ce temps, de façon qu'elle soit toujours à une température agréable au malade. Au sortir du bain, le patient est poudré avec soin sur tout le corps. Tous ces moyens procurent au malade un grand bien-être sans donner beaucoup de peine aux gens de service, parce que les sujets atteints même de variole grave peuvent ordinairement entrer dans l'eau et en sortir seuls ; si cela est nécessaire, on se sert de sangles pour les déposer dans la baignoire et les en retirer.

Ces bains prolongés donnent des résultats tout à fait remarquables ; les pustules s'affaissent promptement, la tension de la peau disparaît,

enfin la dessiccation et la chute des croûtes sont accélérées de telle façon que des cas, dans lesquels on ne pourrait sans cela voir cesser la desquamation que vers la fin de la quatrième semaine, sont déjà terminés sous ce rapport au quinzième ou au seizième jour. Cette méthode ne présente aucun danger. Hebra, en effet, a maintenu nuit et jour dans le bain continu des malades atteints de variole très grave avec complication de pleuro-pneumonie. J'ai traité moi-même de cette manière de très nombreux varioleux à la Clinique, comme assistant, et un certain nombre dans ma clientèle privée. L'avantage le plus grand et le plus immédiat de cette méthode, c'est qu'elle prévient ou qu'elle limite les inflammations de la peau et les abcès métastatiques ainsi que la gangrène, que l'on observe si souvent dans les varioles confluentes graves, où ils menacent sérieusement la vie. D'après notre propre expérience, ces accidents métastatiques suivent, sous l'influence de ces bains continus, une marche généralement favorable ; on devra, d'ailleurs, les traiter d'après les règles chirurgicales habituelles ; les abcès, particulièrement, devront être ouverts aussitôt qu'ils se manifestent par la rougeur de la peau, ou même seulement par de la douleur et une légère fluctuation.

Parmi les affections métastatiques des yeux, la kératite, l'iritis, l'hypopyon réclament une prompte intervention ; dans ces cas, on aura recours à la ponction de la cornée, aux instillations d'atropine, au bandage compressif, aux onctions sur la région des sourcils avec une pommade belladonnée (extrait de belladone 0,35, onguent mercuriel 10,00), etc.

J'ai vu la trachéotomie ne donner aucun résultat dans des cas de variole grave avec laryngite pustuleuse et aphonie.

La séborrhée, qui persiste après la fin de la variole, doit être traitée d'après les indications que j'ai exposées dans le chapitre relatif à cette maladie. On excisera avec des ciseaux les cicatrices verruqueuses, les îlots de peau et les ponts qui se forment dans la région du nez et du front.

Je termine ici les indications que j'avais à vous donner relativement à la thérapeutique de la variole, en vous rappelant la nécessité pour le médecin de se guider, pour chaque cas, sur les symptômes si variables de cette maladie et sur l'importance qu'ils présentent.

Aux règles du traitement s'ajoutent celles de la prophylaxie. Elles sont absolument d'ordre semblable et elles reposent sur le même principe théorique que pour les autres maladies contagieuses : isoler le plus strictement possible les malades, aussi bien dans la clientèle particulière que dans les établissements publics, et désinfecter les locaux qu'ils ont habités, ainsi que les vêtements et les objets qui ont servi à leur

usage, etc. Il ne suffit pas de bien aérer la chambre du malade, mais on y mettra aussi du chlorure de chaux, ou bien on fera des pulvérisations d'acide phénique, de triméthylate d'ammoniaque, dont on peut aussi lotionner deux ou trois fois par jour tout le corps des varioleux. On désinfectera également les lieux d'aisances, etc.

. Le moyen le plus puissant de prophylaxie contre la variole, tant pour les individus en particulier, que contre les épidémies, c'est la vaccination.

VACCINE. — VACCINATION

Dans la partie historique de ce chapitre, j'ai déjà raconté comment on en est venu à l'idée de protéger les individus, au moyen de l'inoculation de la variole, contre le danger d'une atteinte ultérieure de cette affection ; je vous ai dit encore que cette pratique a été abandonnée et même interdite par les autorités, parce que les sujets qui devenaient malades à la suite de l'inoculation contribuaient *ipso facto* à la propagation du contage volatil et au développement de nouvelles épidémies varioliques, et que, enfin, par la vaccination, dont la découverte est due à Jenner, non seulement on obtenait la protection désirée, mais encore on évitait le danger de propagation.

Chez beaucoup d'animaux domestiques, la vache, le porc, le cheval (grappes, au niveau de l'articulation du pied), la chèvre, le chien (et le singe), on a observé accidentellement l'éruption de pustules de variole. Chez la vache, on les trouve sur les pis et sur les tétines. Elles représentent là une maladie simplement locale et l'on a des motifs de croire qu'elles ne surviennent jamais autrement que par transmission directe, et que jamais elles n'apparaissent spontanément. Mais leur contage n'est pas volatil et ne se transporte sur d'autres animaux, comme sur l'homme, que par le contact direct avec une plaie de la peau.

Cette transmission se montre accidentellement chez l'homme. J'ai vu deux fois chez des vachers une éruption de variole vaccine. Elle se présentait sous forme de vésicules disséminées sur les mains et sur les bras, disposées, sur certains points, en groupes serrés, de la grandeur d'un centime, remplies de lymphe claire et en partie ombiliquées, plates, entourées d'une aréole rouge, qui guérissaient dans un délai de quinze jours environ, après avoir perdu leur transparence et s'être recouvertes de croûtes.

Chez les moutons, la variole (ovine) se montre également comme un mal local, mais parfois aussi sous forme de maladie générale habituellement contagieuse par l'air et donnant ainsi naissance à des épizooties

dévastatrices auxquelles succombent d'énormes troupeaux de moutons. C'est pourquoi l'on a, à diverses reprises, émis l'idée d'inoculer les moutons avec la variole humaine ou animale afin de les protéger contre ces épizooties, et il paraît que si cette inoculation n'est plus pratiquée, cela tient, d'une part, à la difficulté matérielle de son exécution, et, d'autre part surtout, à ce que, après ces inoculations, au lieu d'une variole locale, il survenait une variole générale qui, à son tour, donnait naissance à une nouvelle épidémie ovine.

Il n'y a rien à craindre de semblable relativement à l'inoculation de la vaccine dans l'espèce humaine. Elle ne donne jamais naissance qu'à une éruption locale dont la lymphe ne se transmet de l'individu vacciné, soit par l'homme, soit par la vache ou d'autres animaux, que par le contact direct, tandis que, comme je l'ai indiqué précédemment, l'inoculation accidentelle ou intentionnelle du fluide variolique, détermine parfois localement des pustules résultant de variolisation et d'autres fois, après une incubation correspondante, une variole généralisée.

Immédiatement après la publication de Jenner (1798), on vaccinait directement avec le cow-pox sur l'homme, ce que l'on nomma plus tard : vaccination avec la lymphe originaire, et l'on ne procédait pas autrement. Mais peu à peu on abandonna cette méthode, parce qu'il était difficile et très coûteux de se procurer des vaches ayant du cow-pox, parce que l'inoculation de la lymphe échouait trop souvent, et aussi parce que, quand elle prenait, il survenait quelquefois des accidents inflammatoires violents. Aussi en vint-on bientôt, au lieu d'inoculer le cow-pox originaire, à se servir de la vaccine humaine engendrée par le cow-pox, dont la lymphe, désignée sous le nom de vaccine humanisée, est, jusqu'à présent, généralement employée pour pratiquer l'inoculation.

Le pouvoir protecteur de cette lymphe a été bien des fois prouvé directement, par exemple en inoculant sans résultat des enfants vaccinés ou des individus atteints de variole, ainsi que l'ont démontré d'une façon très évidente les rapports de Peter Frank (1801), publiés par Auspitz. Les résultats extraordinaires que l'on attendait des premières années de la vaccine ne se réalisèrent pas complètement, il est vrai. Vous savez, en effet, que les sujets vaccinés ne sont pas absolument indemnes. Mais la variole elle-même ne protège pas d'une façon absolue contre une deuxième et même une troisième atteinte. Et, cependant, il existe une quantité vraiment écrasante de faits qui plaident en faveur de la protection relative sans doute, mais toujours considérable, que donne la vaccination, et, devant la démonstration de ces faits, tous les arguments contraires restent sans valeur.

On est arrivé graduellement à cette conviction que la puissance de

protection de la vaccine persiste chez beaucoup d'individus pendant toute leur vie, mais que, en général, elle s'affaiblit avec le temps et que, chez beaucoup de personnes, elle ne se fait pas sentir au delà de dix à douze ans. Aussi a-t-on raison d'engager chacun à se soumettre à une nouvelle inoculation (revaccination). Cette mesure a donné dans l'armée prussienne des résultats tout à fait remarquables.

On a également voulu trouver la cause de l'infection variolique chez des sujets vaccinés, dans cette circonstance que la lymphe humanisée a nécessairement dû perdre de sa force de protection, parce que, depuis qu'elle a été empruntée au cow-pox originaire, elle a passé par un nombre considérable de générations humaines : d'où l'on en est venu à conseiller de la régénérer en la transportant de nouveau sur la vache. Mais à Vienne, dans notre principal Institut de vaccination, il y a des salles où la lymphe envoyée par Jenner lui-même est constamment transmise depuis 1802, époque où elle fut introduite par de Carro, sans qu'elle ait sensiblement perdu de son activité et de sa puissance protectrice. Il en est de même en Angleterre. Bien que la régénération du cow-pox par la rétrovaccination sur la vache ne paraisse pas nécessaire, cependant on l'a souvent conseillée et elle a été fréquemment aussi exécutée avec succès (Pissin).

Enfin on a adressé à la vaccination pratiquée au moyen de la lymphe humanisée le reproche et l'accusation de transporter d'un enfant sur d'autres individus toutes sortes de maladies constitutionnelles, scrofule, rachitisme, tuberculose, syphilis surtout, et de détériorer systématiquement de cette façon la santé physique de l'espèce humaine.

De toutes ces accusations, celle qui est relative à la syphilis est seule valable. Il y a eu réellement des cas dans lesquels cette maladie a été transmise par la vaccination. Mais le nombre de ces accidents malheureux est tout à fait minime en comparaison des millions de vaccinations pratiquées sans le moindre inconvénient, et si l'on examine attentivement les faits, on voit que, d'une part, il y a eu un certain nombre d'erreurs, que, d'autre part, les enfants en question étaient déjà entachés de syphilis avant leur vaccination, enfin qu'avec un peu plus de soins de la part du médecin vaccinateur on aurait pu éviter ce malheur. Un certain nombre de cas, il est vrai, sont encore inexpliqués, ainsi que la manière dont l'infection a pu survenir. Dans aucun cas, l'opinion émise par Viennois n'est exacte, à savoir que la seule cause matérielle de la transmission accidentelle de la syphilis consiste dans le mélange du sang avec la lymphe, car la lymphe la plus pure contient toujours quelques globules sanguins. Köbner, Auspitz, Reinecker, Baümler, ont traité ce sujet d'une manière très instructive.

Cependant ces accusations manifestées contre la lymphe humanisée,

ont eu assez d'influence pour détourner de ce mode de vaccination un certain nombre de ses partisans; aussi en est-on venu à formuler le désir que la vaccine originaire soit seule employée pour les inoculations. Alors qu'à Naples il existait déjà depuis plus de cinquante ans un Institut pour la vaccination avec le cow-pox, il s'est créé successivement depuis 1864, soit aux frais de l'État, soit à l'aide de ressources privées, des établissements du même genre en France, en Belgique, en Allemagne (rapport de Pissin et de Roll), et tout récemment deux établissements à Vienne même. On y vaccine de jeunes génisses, et la lymphe que l'on obtient des vésicules, soit en les piquant, soit en comprimant fortement leur base, est employée pour les vaccinations directement, ou bien conservée à l'état sec ou à l'état liquide. Bien que les chefs de ces Instituts déclarent que les résultats de cette pratique sont très favorables, d'autres personnes cependant prétendent que cette lymphe animalisée prend difficilement et que, de plus, elle expose à des complications d'inflammation, d'érysipèle et de gangrène. J'ai vu moi-même un enfant succomber de cette façon. Quoi qu'il en soit, en principe, on ne peut que recommander les vaccinations avec la lymphe originaire, parce que certainement elle ne donnera que très rarement, entre les mains d'un praticien expérimenté, les fâcheux résultats dont nous avons parlé, et qu'elle procurera une protection réelle contre la variole à cette partie de la population que la lymphe humanisée effraie pour un motif quelconque. Mais pour la prophylaxie de la population au moyen de la vaccination, il importe de la faire aussi générale que possible, parce que tout individu non vacciné est lui-même plus apte à prendre la variole, en même temps qu'il devient une source de contagion pour les autres.

Ainsi que pour la variole, on regarde, dans la vaccine, les cocci qui s'y trouvent, comme l'agent actif, le contage. Ni les recherches faites jusque dans ces derniers temps (M. Bauer-Weichselbaum), ni les cultures soi-disant réussies (Quist, Laurence, Hamilton, L. Voigt, Bareggi) n'ont pu isoler ou démontrer d'une manière incontestable l'organisme spécifique de la vaccine. Seules les expériences de Voigt qui, avec des cultures, a provoqué sur des veaux une éruption locale et obtenu l'immunité contre la vaccine, paraissent approcher de la solution de la question.

On vaccine, soit de bras à bras, soit avec du vaccin conservé dans des tubes capillaires de verre ou bien desséché sur de petites lamelles d'os. Le vaccin liquide peut être étendu, si cela est nécessaire, d'après le procédé de Müller, de glycérine et d'eau (2 parties); avant de se servir du vaccin desséché, on le dissout dans une gouttelette d'eau ou on le mélange avec le sérum qui s'écoule par la piqûre. Récemment on a même rendu la lymphe aseptique en la mélangeant à du thymol,

du sublimé, etc., et elle est restée inoculable. Il faut en tout cas recommander, avant de pratiquer la vaccination, de rendre aseptiques le point à inoculer ainsi que les instruments.

Dans la vaccination directe, on prend le vaccin qui sort par la piqûre superficielle des pustules d'inoculation ayant sept à huit jours de date. On l'introduit sous l'épiderme au moyen de la lancette à vaccination ou en l'étendant sur la peau scarifiée superficiellement au moyen d'une aiguille à vacciner, d'une spatule (M. Bauer), de préférence sur le côté d'extension du bras ; chez les filles, assez haut pour que les cicatrices ne soient pas trop visibles plus tard lorsqu'elles seront décolletées. Deux piqûres à chaque bras sont suffisantes. On ne vaccine jamais trop tôt les enfants bien portants, pour les mettre à l'abri de la petite vérole, surtout en temps d'épidémie, ou si les enfants se trouvent dans le voisinage immédiat des varioleux, les enfants des médecins par exemple. J'ai vacciné mes enfants dans la première semaine de leur existence ; ils ont traversé le processus vaccinal sans fièvre. Il n'y a ni saison, ni température qui puissent être un obstacle à la vaccination.

Dans une vaccine normale, il se produit sur les points vaccinés, du troisième au quatrième jour, de petites papules rouges qui se transforment en vésicules du cinquième au septième jour et acquièrent ensuite, du septième au huitième, la dimension d'un centime ; elles sont très tendues, souvent ombiliquées, transparentes. Elles sont entourées d'une aréole rouge, de moyenne dimension. A partir du neuvième jour, le liquide devient trouble et se dessèche sous forme d'une croûte qui tombe ensuite au bout de dix à quinze jours en laissant après elle une cicatrice.

On considère, en général, une « belle » cicatrice comme le critérium d'une vaccination bien réussie, sans que cela soit absolument vrai. Il est bon de ne pas baigner les enfants pendant ce laps de temps, pour ne pas troubler le développement des pustules par la macération ou les déchirer mécaniquement. Une fièvre modérée accompagne le plus souvent les pustules vaccinales à leur plus haute période de développement.

Les efflorescences vaccinales restent parfois d'une manière anormale à l'état de papules sans se transformer en vésicules, — *variola vaccina atrophica*, *Steinpocken;* ou bien il se développe sur le point vacciné, et dans son voisinage, de petites papules et des vésicules prurigineuses que l'enfant déchire par le grattage, — *variole eczémateuse*, — v. *vaccina herpetica;* ou encore de grosses bulles qui se dessèchent sans laisser de cicatrices, — *variole bulleuse,* v. *vaccina pemphigoïdes;* ou enfin, on voit survenir une éruption furonculeuse. Quelquefois, il reste après

la chute de la croûte variolique une plaie qui sécrète du sérum et du pus pendant des semaines et des mois; cette plaie s'étend par la périphérie, sa base est le siège d'une infiltration dure, avec des granulations proliférantes, et, si on ne la traite pas, elle se recouvre de croûtes épaisses, s'accompagne de l'engorgement des ganglions axillaires et prend l'aspect d'un ulcère syphilitique. Elle guérit par des cautérisations avec la pierre infernale ou des pansements légèrement astringents (potasse caustique 0,1 décigr., eau pure 25 gram., ou nitrate d'argent 0,04 centigr., onguent simple 25).

Quelquefois, il survient des éruptions vaccinales accessoires, *vaccinolæ;* ce sont des efflorescences semblables aux pustules de vaccination, nées en même temps qu'elles ou un peu plus tard sur des points non vaccinés, le plus souvent aux bras, aux épaules, au thorax, sous forme de pustules isolées au nombre de vingt à trente, discrètes ou réunies en groupes. Elles occasionnent toujours une dermite plus grave et de la fièvre, et peuvent même mettre la vie en danger.

La complication la plus fréquente des pustules préservatrices est la roséole vaccinale qui est caractérisée par des taches rouges, isolées, survenant pendant le cours de l'existence des pustules, et qui s'étendent alors sur une grande partie du tégument; cette éruption s'accompagne d'une température plus élevée et d'une fièvre modérée, mais elle ne présente aucune gravité.

L'érysipèle qui suit la vaccination (*variola vaccina erysipelatosa*) est dangereux; il peut, partant des points vaccinés, s'étendre sur de grandes surfaces, aboutir à un phlegmon et même amener la gangrène. Il survient aussi chez les adultes (notamment dans la revaccination) et peut être suivi de mort; il se produit plus souvent chez les enfants, et là encore plus fréquemment après le vaccin originaire. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que l'on observe habituellement chez les enfants une terminaison funeste. Aux époques où l'érysipèle sévit dans les salles de chirurgie, on voit également survenir en plus grand nombre des érysipèles à la suite de la vaccination. On a constaté que la cause peut se trouver quelquefois dans du vaccin altéré, mais elle provient bien plus souvent d'autres circonstances, auxquelles on peut attribuer, en général, l'érysipèle. Car il existe des cas dans lesquels il n'y a qu'un seul malade parmi plusieurs enfants inoculés avec le même vaccin. Vaccine et variole, bien que, expérimentalement, leur identité soit à peu près démontrée, peuvent, cependant, exister l'une à côté de l'autre sans être modifiées. C'est ainsi qu'un enfant ayant des pustules vaccinales en activité peut être atteint de variole dont il avait subi l'infection avant la vaccination, et on peut obtenir une belle vaccine chez un individu couvert de pustules varioliques. Les deux processus ne s'excluent qu'après le

décours complet qui semble indiquer que l'infection de l'organisme est terminée.

Si la vaccination a échoué, il faut de nouveau vacciner l'enfant au bout de deux à trois mois. Quelques personnes paraissent réfractaires pendant un certain temps et à certain vaccin, mais peu d'individus le sont d'une manière absolue; il est bien difficile de savoir s'ils le sont aussi pour la variole.

SEIZIÈME LEÇON

b. DERMATOSES INFLAMMATOIRES, AIGUËS, NON CONTAGIEUSES

Les altérations anatomiques sont identiques dans les érythèmes, elles diffèrent seulement par leur degré. — Érythème multiforme et herpès iris et circiné, Érythème noueux, Purpura rhumatismal.

Occupons-nous actuellement d'une grande série de maladies de la peau caractérisées par des phénomènes inflammatoires. Ces dermatoses se distinguent par leur évolution cyclique, aiguë, presque toujours limitée de façon typique : mais, contrairement à celles dont il vient d'être question, elles ne sont pas contagieuses.

Les dermatoses nombreuses et variées qui rentrent dans cette catégorie se différencient, d'après des caractères cliniques et anatomiques essentiels, en trois groupes principaux.

Dans les formes morbides qui appartiennent au premier de ces groupes, il faut, à côté du caractère commun, dominant, d'un processus inflammatoire aigu, non contagieux, observer que le processus inflammatoire est engendré par un trouble spécial, de nature vasomotrice, de la tonicité et de la congestion des vaisseaux.

Le processus inflammatoire débute par un trouble particulier de la tonicité et de la congestion vasculaires, que l'on doit considérer comme un trouble vasomoteur.

Ces processus appartiennent donc tout particulièrement au type des angionévroses (Eulenbourg et Landois) pour une période (leur début), et on pourrait par conséquent les désigner comme des angionévroses typiques ; mais avec cette réserve, que j'expliquerai plus loin, que leur caractère ne consiste pas en ce point seulement. A ce groupe appartiennent : (*a*) les formes érythémateuses typiques, (*b*) l'urticaire.

Le deuxième groupe des maladies, qui ressortissent à ce genre morbide, est caractérisé par la présence typique de vésicules, de phlyc-

tènes qui résultent de la prépondérance de l'exsudation à l'intérieur de la couche papillaire et du réseau muqueux — variétés d'herpès.

Dans un troisième et dernier groupe, se rangent les symptômes de l'inflammation tels que je les ai décrits (page 224), avec leurs caractères tranchés, inflammation propre de la peau, dermatite (1).

I. ANGIONÉVROSES TYPIQUES

Les caractères cliniques très frappants qui distinguent ce groupe de maladies de la peau conduisent à présumer qu'elles ont pour point de départ des troubles identiques dans l'innervation physiologique des vaisseaux et, par conséquent, depuis le travail d'Eulenbourg et de Landois, on réunit volontiers ce genre de processus sous le nom très juste d'an-

---

(1) Ce n'est peut-être pas sans étonnement que quelques lecteurs trouveront les érythèmes et l'urticaire, avec une variété de purpura, rangés parmi les dermatoses « inflammatoires », alors qu'ils savent que, dans ces affections, la caractéristique anatomique essentielle est de ne pas dépasser le stade de l'œdème albumineux, ou, si l'exsudat devient faiblement fibrineux, qu'il est sans réseau fibrineux interstitiel ou simplement hématique.

Il est vrai qu'ils avaient déjà été préparés à cette surprise en voyant les pyrexies exanthématiques occuper la première place dans la classe de ces mêmes dermatoses « inflammatoires », alors que, personne ne l'ignore, l'élément phlegmasique y est secondaire, accessoire et lié indissolublement à l'irritant spécifique venu du dehors. Mais pour interpréter exactement les choses, il faut se rappeler que le terme « d'inflammation » est pris, ici, dans son acception la plus étendue, et non dans son sens absolu.

Ce que nous ne saurions admettre, c'est que ce caractère si variable au particulier, et si banal au général, serve de base à une classification des dermatoses.

L'auteur, à la vérité, a déjà déclaré, et va reconnaître un peu plus loin (voyez page 332), que ce n'est pas le caractère anatomopathologique seul qui doit décider de la nature d'un processus morbide, mais bien toutes les autres conditions qui l'accompagnent, parmi lesquelles les plus importantes sont certainement les causes et l'évolution; mais ces remarques, en réalité inévitables, ne l'ont pas empêché de conserver un cadre certainement défectueux et purement fictif, alors qu'il faudrait simplement grouper les affections de la peau par catégories aussi similaires que possible, et s'affranchir des exigences d'un système préconçu et fermé.

Pour que le lecteur puisse en juger lui-même, nous reproduisons ci-contre l'ensemble de la classe IV du système de HEBRA-KAPOSI; ce conspectus lui servira d'ailleurs de guide au milieu d'une agglomération qui commence aux fièvres éruptives et qui aboutit au pemphigus

gionévroses. Le caractère clinique des modifications de la peau que l'on devrait considérer comme angionévroses serait un état d'insta-

---

chronique, en passant par les érythèmes, les herpès, la brûlure et la congélation, l'érysipèle, l'anthrax, le charbon et les boutons exotiques, le psoriasis et le lichen, le pityriasis, l'eczéma et le prurigo, l'acné et les sycosis, l'impétigo, l'ecthyma, l'impétigo herpétiforme, etc.

QUATRIÈME CLASSE

DERMATOSES INFLAMMATOIRES

MALADIES DE LA PEAU OCCASIONNÉES PAR L'EXSUDATION ET L'INFLAMMATION

A. DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUËS

(*a*) Dermatoses inflammatoires aiguës, contagieuses.
(*Exanthèmes aigus :* rougeole, scarlatine, variole.)

(*b*) *Dermatoses inflammatoires, aiguës,* non contagieuses.

1. ANGIONÉVROSES TYPIQUES

(*a*) Formes érythémateuses typiques.

(*a*) Érythèmes idiopathiques (essentiels).

1. *Érythème exsudatif multiforme* (Hebra), *polymorphe* (Kaposi).
2. *Érythème noueux.*
4. *Purpura rhumatismal.*

(*b*) Érythèmes toxiques.
Roséoles typhique, cholérique, variolique, etc.....
Pellagre.
Acrodynie.

(*b*) Urticaire.

II. PHLYCTÉNOSES

1. *Phlycténoses nerveuses* (*a*) à marche typique.
(Herpès Zoster, labial progénital) (*b*) à marche atypique.

2. *Phlycténoses idiopathiques* (miliaire rouge, pemphigus aigu).

III. DERMATITES (DERMATITE ESSENTIELLE) INFLAMMATIONS PROPREMENT DITES DE LA PEAU

(*a*) Inflammation idiopathique de la peau.

1. Dermatite traumatique ou mécanique.
2. Dermatite neuropathique.
3. Dermatite par des substances toxiques, D. toxique, D. par des caustiques.
4. Dermatite dynamique et calorique.

Gangrène symétrique (Raynaud).
Gangrène cachectique multiple de la peau (O. Simon).
Inflammations neuropathiques de la peau (dermatite nerveuse essentielle, décubitus aigu, gangrène spontanée des hystériques).

bilité se manifestant d'une manière aiguë dans la tonicité des vaisseaux les plus ténus et des capillaires, de telle sorte qu'à l'intérieur d'un

---

Dermatite diabétique, etc.
Brûlures.
Congélation.

(*b*) Inflammations symptomatiques ou infectieuses de la peau.

Érysipèle.
Pseudo-érysipèles (*phlegmons*).
Furoncle.
Anthrax.
Charbon.
Pustule maligne.
Morve et farcin.
Pustule d'infection cadavérique.
Bouton d'Alep, de Biskra, etc.

B. DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Dermatoses chroniques ayant le caractère de l'inflammation (processus exsudatifs, Hebra).

1. Dermatoses squameuses.

Psoriasis.
Pityriasis rubra (Hebra).

Lichen :

1. *Lichen des scrofuleux.*
2. *Lichen ruber.*

2. Dermatoses prurigineuses.

Eczéma.
Prurigo.

3. Folliculites. Variétés d'acné.

Acné disséminée.
Acné varioliforme.
Acné des cachectiques (Hebra).
Acné médicamenteuse.
Acné rosacée.
Sycosis.
Sycosis parasitaire.
Eruptions pustuleuses.
Impétigo herpétiforme.

4. Éruptions bulleuses.

Pemphigus.
Pemphigus vulgaire (variétés).
Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

district limité de la peau les petits vaisseaux arrivent d'abord à un état d'irritation à la suite de l'excitation des vasoconstricteurs (soit de la matière vivante de la paroi vasculaire), accompagnée d'une congestion sanguine active, fluxionnaire ; à cet état succède immédiatement une période de détente consécutive à la paralysie des vasoconstricteurs ou de la paroi vasculaire, ou à l'irritation des vasodilatateurs, qui se traduit ensuite par une hyperhémie passive, hyperhémie de relâchement, avec ses caractères bien connus.

Dans le premier stade de l'hyperhémie active ou fluxionnaire, on voit, par conséquent, apparaître une hyperhémie qui s'efface sous la pression du doigt et qu'il convient de désigner sous le nom de congestion sanguine artérielle. Elle se manifeste par une coloration rouge vif. Dans le deuxième stade, coïncidemment avec la dilatation passive du calibre des vaisseaux, la colonne liquide s'élargit et, par suite, le courant sanguin se ralentit. S'il y a un arrêt prolongé du sang dans un district de la peau, une plus grande quantité d'oxygène lui est enlevée par les éléments du tissu ; il reçoit donc plus d'acide carbonique, et, par suite, la coloration de ce tissu est proportionnellement plus foncée.

L'hyperhémie se manifeste, par conséquent, à ce stade, par une coloration d'un rouge très varié, foncée et même rouge bleu (asphyxique), dont la nuance sombre est encore augmentée par l'extravasation simultanée de la matière colorante du sang dans les tissus.

Mais le trouble de la tonicité vasculaire que je viens de décrire, tenant à l'altération de l'influence vasomotrice, peut encore avoir pour conséquence, par suite du relâchement ultérieur de la paroi vasculaire, outre l'hyperhémie, l'apparition d'un exsudat liquide, d'où résultent des vésicules, des bulles et des pomphi ; et même l'extravasation de corpuscules rouges du sang rend possible l'hémorrhagie, de sorte que toutes ces formes, les hyperhémies décrites ci-dessus, les pomphi, les bulles, les hémorrhagies représentent dans ce sens « des angionévroses ».

Tel est le phénomène élémentaire, telle est l'explication physiologique des troubles angionerveux de la circulation.

Examinons maintenant et plus minutieusement encore, les conditions dans lesquelles ces phénomènes peuvent survenir, car jusqu'à présent nous n'en avons fait que brièvement mention dans les études précédentes (page 145).

On sait que dans toute l'étendue de la moelle, jusque dans la moelle allongée, il y a des centres vasomoteurs. De tous les points de ces derniers peut donc partir une irritation qui, à la périphérie, se traduit par un trouble angionerveux. *A priori*, il faut s'attendre à le voir apparaître sur différentes régions du corps, même sur des parties symétriques. Si

un poison est introduit dans le sang, une irritation analogue peut être le résultat de son action sur ces centres, et il en résultera un érythème angionerveux.

Ces poisons sont : le sang fébrile (substance pyrogène), les contages de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, le typhus, les substances médicamenteuses : quinine, opium, etc... ; de là les roséoles fébrile, typhique, syphilitique, l'érythème variolique, les exanthèmes aigus en général; les exanthèmes médicamenteux devraient aussi être regardés comme des angionévroses de ce genre, qui toutes sont produites par l'irritation directe des centres vasomoteurs.

Mais les centres vasomoteurs peuvent aussi être excités indirectement, par voie réflexe, et alors on voit survenir les mêmes phénomènes à la périphérie.

Les rougeurs provoquées par la pudeur, la colère, la confusion doivent être rapportées à des excitations des centres vasomoteurs partant de la substance corticale du cerveau et se manifestant à la périphérie.

Mais l'irritation peut aussi avoir son point de départ dans les terminaisons périphériques des nerfs sensitifs. Un point de la surface cutanée est irrité, l'irritation est transmise à la moelle, là les centres vasculaires sont excités, et de là l'irritation de la moelle s'étend d'ordinaire sur une autre partie de la peau dans le même sens que l'irritation primaire, réflexe des vaisseaux. Ce processus joue un grand rôle dans les maladies de la peau. Une chenille tombe sur la main : il se produit là un pomphyx brûlant, prurigineux, comme effet de l'irritation directe des nerfs vasculaires et sensitifs périphériques. Mais au bout de quelques secondes on voit aussi apparaître sur des points éloignés et latéraux de la peau, non symétriques, des pomphi, lesquels augmentent de nombre à mesure que tout nouveau pomphyx, toute irritation mécanique (le grattage) devient de son côté à lui-même la source d'autres irritations réflexes. Il n'en est pas autrement dans l'eczéma, le psoriasis, le pemphigus, le lichen ruber, etc.

Ce qui précède ne doit pas nous empêcher de considérer que les vaisseaux sanguins de la couche papillaire peuvent également être, par le fait de telles causes nocives mécaniques, chimiques et dynamiques directes, mis dans le même état d'instabilité, accompagné au début de fluxion active, plus tard passive. Trace-t-on avec l'ongle un trait sur la peau ? Immédiatement il se produit, correspondant à ce trait, une ligne blanche (contraction et anémie des capillaires atteints par la pression de l'ongle), qui, au bout de quelques secondes, devient rouge clair (fluxion d'irritation), souvent aussi saillante qu'un pomphyx (exsudation), mais après quelques minutes prend une teinte foncée, rouge bleu (hyperhémie de relâchement), et peut persister ainsi

plus ou moins longtemps. Le plus souvent aussi, ce phénomène s'étend à un district vasculaire plus ou moins considérable en dehors de la ligne atteinte par le contact de l'ongle. Ce sont donc tout autant de modifications dont le point de départ est de nature angionerveuse.

Or si l'on voulait, comme plusieurs auteurs l'ont tenté, faire une unité clinique de toutes ces formes de troubles vasomoteurs, identiques quant au processus local et à leur physiologie, mais pourtant si essentiellement différentes par leur cause éloignée, par leur évolution, leur mécanisme intime, on n'y parviendrait qu'en forçant et en dénaturant les résultats de la clinique. Car ce n'est pas le caractère anatomo-physiologique seul qui décide de la nature d'un processus morbide, mais bien comme je l'ai déjà dit maintes fois, toutes les autres conditions qui l'accompagnent et parmi lesquelles les plus importantes sont certainement la cause et l'évolution.

Il n'est pas nécessaire de démontrer que l'exanthème prodromique de la variole et un érythème solaire, une urticaire provoquée par l'influence de l'utérus ou de l'estomac et la rougeur produite par la pudeur, l'acné rosée et le purpura rhumatismal, etc..., n'ont entre eux aucune parenté clinique, quoiqu'ils concordent entièrement, quant au processus anatomo-physiologique.

C'est pourquoi il est préférable de ne ranger dans la classe des « angionévroses » que les groupes de maladies de la peau dans lesquelles tous les caractères cliniques, les causes et la marche présentent une grande similitude quant au type et quant à leur nature proprement dite, et qui nous apparaissent comme naturellement homogènes (1). Le premier groupe des dermatites inflammatoires que j'ai indiqué plus haut, réalise ces conditions :

(*a*) Formes érythémateuses typiques, (*b*) urticaire.

---

(1) Ces conclusions sont parfaites, mais elles ne sont plus en accord avec les prémisses : après avoir intitulé le chapitre « *Angionévroses typiques* », l'auteur reconnaît, à présent, que les troubles vasomoteurs dont il s'agit appartiennent à des affections tellement distinctes, qu'on ne saurait les réunir « qu'en forçant et en dénaturant les résultats de l'observation clinique », mais il n'en reprend pas moins cette dénomination d'angionévrose pour l'appliquer spécialement aux érythèmes idiopathiques, aux érythèmes toxiques et à l'urticaire, pour cette raison que « les caractères cliniques, les causes et la marche présentent une grande concordance quant au type et à la nature proprement dite, et qu'elles apparaissent comme naturellement homogènes ». En réalité, ce qui justifie la réunion des érythèmes et de l'urticaire dans un même groupe, c'est leur unité symptomatique, et non pas leur identité angio-

(*a*) FORMES ÉRYTHÉMATEUSES TYPIQUES

La nature anatomique des processus que l'on doit ranger dans les formes d'érythèmes à marche typique consiste en ce que, tout d'abord, il survient des taches rouges indiquant une inflammation qui au début est due à de l'hyperhémie avec imbibition séreuse peu abondante, exsudation des couches supérieures de la peau. Ce groupe représente l'érythème multiforme.

Il suffit d'une légère augmentation de l'hyperhémie et de la tuméfaction séreuse, pour qu'il survienne en même temps des papules, des nodosités ou des pomphi. Bien plus, il se peut encore que dans les mêmes conditions l'épiderme soit soulevé en vésicules et en bulles, par la quantité de sérum exsudé : de sorte que, cliniquement, on voit réunis des taches rouges, des papules, des nodosités, des pomphi, des vésicules et des bulles qui se forment simultanément en partant de différents points du même foyer morbide et dans le cours du même processus, sans que par là on soit autorisé à considérer ces diverses variétés éruptives comme des maladies différentes.

---

nerveuse, l'auteur vient de le dire à l'instant, et, par conséquent, la sélection est arbitraire.

Seule l'urticaire, dans ses variétés simples, répondrait au premier abord assez nettement au type névrovasculaire pur, pour que l'on puisse, avec Hardy, n'y voir qu'une « névrose cutanée » voisine de la dermalgie, etc. ; mais, en faire une névrose, ou une angionévrose pure, est méconnaître que, à côté du mode angionerveux qui est seulement instrumental, il y a, dans les urticaires, des conditions pathogéniques propres, un irritant parfaitement matériel, et enfin des phénomènes objectifs et subjectifs en tout semblables à ceux des autres érythèmes. On confond ici, comme dans les autres points, nous le montrerons, le mode pathogénique avec la condition pathogénique véritable, et l'on classe un état morbide d'après un caractère qui ne lui est pas exclusif, au lieu de prendre pour base la condition pathogénique et l'ensemble des phénomènes propres.

C'est un secours, assurément, pour les progrès de la dermatologie, de tenir compte exact et suivi des notions nouvelles que produisent sans cesse l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques, mais il ne faut pas omettre de considérer que ces parties de la science sont sans cesse en évolution ou en révolution, et que ce sont seulement quelques-uns des éléments d'une maladie donnée qu'elles déterminent ; or, comme ces éléments sont, ou peuvent être, communs à des affections en fait réellement distinctes, c'est se faire illusion que de vouloir les donner pour base à une division effective, c'est-à-dire clinique et pratique des maladies.

Les formes typiques d'érythème peuvent se distinguer d'après leurs causes probables ou réelles en : (a) érythèmes idiopathiques, (b) érythèmes toxiques (1).

Ces réserves sont applicables au processus angionerveux comme elles le seraient au processus trophonévrotique, que l'on retrouve à chaque pas; quelle que soit leur prédominance dans certaines formes, ils ne peuvent servir à la constitution des genres et des espèces morbides, genres et espèces ne pouvant être basés que sur des caractères particuliers, *exclusifs*, ou bien sur une communauté de phénomènes recueillis dans la série entière des causes, de l'évolution, des lésions, etc.

En fait, la dénomination d'*angionévrose* représente un progrès réel dans la conception théorique du mode de production de certaines affections de la peau ; mais ce serait se leurrer que de croire par là acquise une notion satisfaisante de la série extrêmement variée d'affections réunies sous ce vocable. Indépendamment, en effet, des obscurités qui persistent sur le mécanisme intime et sur l'ordre hiérarchique des conflits réciproques qui s'établissent à la périphérie, entre l'élément vasculaire et l'élément nerveux, on ne peut oublier que les altérations du sang, l'introduction des substances toxiques, diverses lésions physiques ou fonctionnelles des centres, les altérations à distance des organes les plus divers qui sont, pour la peau, de véritables foyers générateurs de réflexes infiniment variés, et toute une série d'autres causes encore, rendent extrêmement difficile l'interprétation ferme de la plupart des affections dont il s'agit.

Si donc il est bon de tenir compte particulier des phénomènes angionerveux dans la catégorisation des affections où ils prédominent, et en particulier dans la théorie des érythèmes, il n'y a pas lieu de les prendre comme base de dénomination générique de ces affections, et le terme d'érythème associé à un ou à plusieurs qualificatifs est encore celui qui, actuellement, convient le mieux à leur désignation.

Ces réserves nécessaires posées, nous ne nous attarderons pas davantage à la discussion de principes que nous avons suffisamment exprimés, et nous allons reprendre la série des observations que réclame l'étude ardue et compliquée des affections qui font l'objet de cette leçon. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les conditions pathogéniques des érythèmes, que nous exposerons plus loin avec les développements nécessaires, sont encore trop obscures, et leurs formes cliniques trop peu liées à des causes exclusives, pour qu'il soit possible de faire, des causes de ces affections, la base de leur classement.

D'autre part, la conception de l'érythème multiforme typique, telle que l'a produite HEBRA, ne saurait comprendre la totalité des affections que l'on range, aujourd'hui, dans la classe des « *érythèmes* ».

En fait, dans l'état actuel, *les érythèmes* constituent une grande classe naturelle d'*affections propres*, dont on n'a pas encore pu tracer exacte-

ment le tableau, ni fixer les limites. Le processus érythémateux — angiodermie, fluxion hématique, œdème albumineux diffus ou exsudations séreuses intra-épidermiques, exfoliation desquamative, résolutivité, etc., — ne leur est pas exclusif, mais il en constitue l'élément nosologique et nosographique le plus irréductible ; il leur confère leur individualité principale. Sur ce point, chacun s'entend; personne n'appelle érythème ni la rougeole ni la scarlatine, bien que le processus érythémateux joue dans ces deux maladies un rôle éclatant, parce qu'elles sont, toutes les deux, individualisées par quelque chose de plus saillant encore : leur origine extrinsèque, leur contagiosité, leur cycle parfait et constant, etc., etc.

Tous les érythèmes peuvent être fébriles parfois même simuler de véritables pyrexies pendant la totalité, ou seulement pendant une partie de leur cours, mais ce n'est jamais qu'une apparence, et la dénomination de « *fièvre érythémateuse* », qui a été proposée pour les désigner, ne peut être en rien légitimée. Si quelques-uns d'entre eux sont hautement fébriles, leur élément pyrétique est tout éventuel, variable, inconstant, le plus habituellement épisodique; fébriles ou non, tous diffèrent des pyrexies exanthématiques par des particularités très précises.

Au lieu d'être, en effet, comme les *fièvres éruptives*, le résultat exclusif de la pénétration dans l'organisme d'un élément germinatif spécifique, ils naissent de causes productrices très variées, et ils ne sont jamais transmissibles.

Leur apparition, souvent brusque et immédiate, est quelquefois précédée par des phénomènes précurseurs, *prémonitoires*, ou prodromiques, mais aucun d'eux ne possède en propre ni la période régulière d'incubation, ni le stade prodromique invariable. Ni dans la forme, ni dans la durée, les prodromes fébriles des érythèmes n'ont de spécificité ; ils peuvent être nuls, inappréciables, frustes, ou, au contraire très intenses; rien ne les distingue de ceux d'un grand nombre d'autres affections, et, à moins que le sujet n'ait déjà eu des attaques antérieures, il est presque toujours impossible de dire quelle sera l'affection qui va éclater par la simple observation du prologue, ainsi que cela se peut faire au contraire très explicitement pour les pyrexies érythémateuses.

Dans le *début* lui-même, la plus extrême irrégularité ; parfois l'éruption est brusque, immédiate, tandis que l'on verra, d'autres fois, des malades traîner pendant un ou plusieurs septenaires avec un malaise léger, quelques taches érythémateuses éphémères, avant que l'explosion véritable ne se fasse.

Pendant les prodromes ou au début, on observe parfois, comme dans les pyrexies érythémateuses, des *localisations sur les muqueuses de rapport;* mais cela est relativement peu fréquent, rarement très accentué, et n'est à comparer, ni en intensité, ni en régularité, aux *exanthèmes* des pyrexies érythémateuses où ces localisations ont le rôle et la valeur que l'on sait.

L'*évolution éruptive*, quelquefois fruste et abortive, présente quelquefois aussi une durée comparable à celle des fièvres exanthématiques ; mais, le plus communément, elle dépasse les délais qui appartiennent

à la période floride de ces fièvres, l'éruption continuant à s'étaler, ou les éruptions se reproduisant pour ainsi dire indéfiniment, jusqu'à l'extinction du processus.

Très fréquemment, la *desquamation* qui leur appartient se produit *dès le début de l'éruption* ou avant que celle-ci ne soit évanouie, tandis que dans les pyrexies érythémateuses elle est régulièrement consécutive.

Non seulement enfin une première atteinte ne préserve pas d'une seconde, mais après une rémission fort courte qui fait croire à une guérison, on peut voir apparaître une nouvelle attaque; les récidives à échéance plus éloignée sont aussi communes que les rechutes et le *caractère récidivant* devient, pour quelques érythèmes, propre, et presque spécifique.

Cependant, malgré toutes ces différences, certains érythèmes simulent à ce point les pyrexies érythémateuses vraies, soit pendant la totalité, soit pendant une partie de leur cours, qu'ils forment un groupe à part, pratiquement à indiquer et à spécifier par une appellation particulière. Le terme de *pseudo-exanthèmes* employé par Bazin est inexact, car la dénomination d'*exanthème* — voyez note 1, page 238 — n'est pas synonyme de pyrexie exanthématique; elle est appliquée par la généralité des dermatologistes à une efflorescence cutanée, et non à une maladie; nous désignerons ces affections plus correctement sous le nom de *pseudopyrexies exanthématiques*, d'érythèmes pseudopyrétiques, ou pyrétoïdes.

Comme ils ne se confondent pas avec l'érythème multiforme de Hebra, et qu'ils n'ont pas été décrits par l'auteur, nous avons cru devoir en donner un aperçu sommaire dans l'appendice suivant; leur place naturelle est bien ici, après les pyrexies érythémateuses et avant les érythèmes multiformes.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Érythèmes pseudopyrétiques ou pyrétoïdes.

Ce groupe comprend deux classes bien distinctes : la première renferme les érythèmes qui simulent les fièvres éruptives érythémateuses pendant tout leur cours, et qui, par conséquent, sont régulièrement fébriles et aigus, nous les désignons sous les noms de *Rubéoloïdes* et de *Scarlatinoïdes;* la seconde réunit une série très importante, et encore mal connue, d'érythrodermies qui sont pyrétoïdes surtout à leur début, subaiguës, et le plus souvent prolongées au delà des limites extrêmes de la période éruptive des fièvres exanthématiques : ce sont les *Erythèmes scarlatiniformes*.

1° Rubéoloïdes et Scarlatinoïdes

Ce sont des simili-rougeoles et des simili-scarlatines qui n'ont ni la nature spécifique, ni la transmissibilité de la rougeole ou de la scar-

latine, ni leur propriété inhibitoire, etc.; nous en marquons simplement ici la place, car leur étude appartient à la pathologie commune et non à la dermatologie proprement dite.

1° *Rubéoloïdes.* — Le type *rubéoliforme* est le plus rare, habituellement *éphémère*, passager, transitoire, et ne représentant qu'une *phase éruptive de début, de formation;* quand on a éliminé les rougeoles frustes sans catarrhe, la rubéole, et la série illimitée des roséoles qualifiées, il reste fort peu d'érythèmes rubéoliformes vrais.

2° *Scarlatinoïdes.* — Ce terme s'applique à des érythèmes *secondaires*, vraiment scarlatinoïdes par la rapidité de l'invasion, la réaction fébrile, l'hyperthermie, les localisations muqueuses et viscérales, les accidents graves, et le mode évolutif; sauf leur desquamativité souvent hâtive, l'éruption est entièrement scarlatine.

Toujours consécutifs à une affection infectieuse le plus habituellement pyrétique, ils n'en constituent qu'une localisation à la peau, ou une complication proprement dite, selon qu'ils naissent eux-mêmes de l'élément infectieux primitif, ou qu'ils procèdent d'une autotoxémie deutéropathique, ou d'une toxémie médicamenteuse ou alimentaire.

Le puerpérisme infectieux, la septicémie chirurgicale (scarlatinoïdes traumatiques), la gonohémie, etc., sont au premier rang des états pathologiques au cours desquels on les voit survenir *sous l'action de l'un des modes divers ci-dessus indiqués.*

Faute de tenir un compte suffisant des notions acquises sur ces questions, plusieurs observateurs veulent encore voir dans ces simili-scarlatines des scarlatines *associées* à divers autres états morbides. Il faut un peu de temps pour que la vérité en ces matières se vulgarise, et ce n'est pas ici le lieu d'en poursuivre le développement.

2° Érythèmes scarlatiniformes

(*Érythrodermies exfoliantes érythémateuses. — Érythèmes desquamatifs scarlatiniformes récidivants. — Dermites érythémateuses exfoliatrices, aiguës, récidivantes.*)

Aigus ou subaigus, ces érythèmes, ou ces dermites érythémateuses, se rapprochent des pyrexies érythémateuses par la *réaction générale*, parfois intense, qui les accompagne à leur début; de la scarlatine par les caractères de l'éruption, voire même quelquefois par des *localisations* ou des *complications* qui rendent l'assimilation plus étroite; mais leurs conditions étiologiques et pathogéniques *variables*, leur durée *inégale* irrégulière, leur mode évolutif, leur *non-contagiosité*, et leur *caractère récidivant* les ramènent beaucoup plus près des érythèmes proprement dits.

Mais, ici, naît une difficulté nouvelle : même en faisant la part la plus large aux exceptions et aux aberrations de type, il ne saurait échapper que, dans beaucoup de cas, les altérations tégumentaires dépassent le type conventionnel de l'*érythème* exsudatif pour affecter des caractères plus profonds, et se confondre, par des transitions insensibles, avec les dermites ou dermatites érythrodermiques les plus nettes,

à ce point que l'on ne saurait dire où finissent les érythèmes scarlatiniformes, et où commencent les dermites ou dermatites. Ce n'est pas tout : quelques-unes de ces érythrodermies semblent naître de conditions autochtones ou individuelles, mais beaucoup d'entre elles se relient si étroitement à des intoxications médicamenteuses ou à des irritations externes, que leur conception nosologique en est devenue assez compliquée.

La plupart d'entre elles ont été anciennement observées, et décrites sous des noms divers, mais en réalité jamais groupées, et le plus généralement mal connues, oubliées, méconnues. Il y a peu, la question était à peine posée, et c'est seulement en 1876 qu'elle le fut réellement — Voyez *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2e série, t. XIII, année 1876, p. 30 et suiv., — par Féréol à propos d'un fait de « *desquamation scarlatiniforme récidivante* » qu'il venait d'observer, et au sujet duquel il demandait « à ceux de ses collègues qui s'occupent plus spécialement de maladies cutanées, de vouloir bien lui donner leur avis sur le vocable spécial qu'il conviendrait d'adopter pour des cas qui ne sont pas encore définitivement étiquetés dans la science ». Voici le résumé de ce fait :

Homme, vingt et un ans ; à dix-sept ans, première atteinte, « symptômes de fièvre typhoïde avec éruption scarlatiniforme. »

Janvier 1875, à vingt ans, la santé étant parfaite, prurit très vif, rougeur en plaques disséminées, fièvre, perte de l'appétit, langue rouge et dépouillée, toux, enrouement, mal de gorge. Du quatrième au sixième jour, desquamation très abondante, furfuracée sur le tronc et les membres, très fine et peu abondante à la figure, lamelleuse aux mains et aux pieds où l'épiderme corné s'enlevait par plaques épaisses et larges formant de véritables doigts de gant. Les cheveux, les cils, les sourcils ne tombèrent pas. Cette desquamation dura environ quinze jours, puis la santé redevint excellente.

Mars 1875, récidive absolument semblable.

Depuis, cinq autres récidives également semblables, dont trois successivement en octobre de la même année « en sorte que la rougeur et la desquamation se reproduisaient aussitôt qu'une poussée venait de se terminer ».

Sur les ongles se sont formés des sillons transverses qui apparaissent d'abord à la lunule et avancent vers le bord libre, au fur et à mesure de la progression de l'ongle. Le nombre de ces sillons n'est pas le même à tous les doigts ; quatre très distincts au pouce, à chaque main ; les autres doigts n'en ont que deux ou trois, ou même un seul.

Du 13 au 19 janvier 1876 apparaît la huitième éruption scarlatiniforme conforme aux précédentes : angine, langue dépouillée de son épithélium, fièvre. L'analogie était si complète que l'interne du service, M. Colson, ne put s'empêcher de croire à une scarlatine jusqu'à ce que l'interrogatoire du malade lui eut révélé la particularité du fait.

Après la lecture de Féréol à la Société médicale des hôpitaux, l'un de nous s'éleva contre la confusion établie, — Voy. *loc. sup. cit.*, p. 34, et les notes de cette même page, — entre les érythèmes et diverses autres dermopathies, et il développa les raisons pour lesquelles l'érythrodermie récidivante dont il venait d'être donné une observation devait être

rangée dans les érythèmes, et constituait un « *érythème desquamatif* ou *exfoliant, scarlatiniforme* ». Notre manière de voir fut appuyée par Vidal ; et Féréol, l'acceptant pleinement, donna pour titre définitif à son observation : *Erythème desquamatif scarlatiniforme récidivant.*

La même année, et peu après, plusieurs observations furent produites à l'étranger; et, en France, plusieurs monographies furent publiées, sans bénéfice réel, par divers auteurs qui ne tinrent pas un compte suffisant des distinctions que nous avions indiquées. — Voyez, sur ce sujet, et pour l'historique de la question, le très remarquable travail de Brocq, intitulé : Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra, *in Archives génér. de Médecine,* 1884, vol. II, p. 68, et tirage à part, p. 30 et suiv. — Il est vrai de dire que les notions acquises étaient encore fort imparfaites, d'une part parce que les types qui viennent d'être représentés ne sont pas les seuls auquels s'applique la dénomination d'érythème scarlatiniforme, d'autre part parce que la délimitation précise des espèces morbides comparées ou à comparer ne pouvait pas encore être faite. Aujourd'hui encore, les lacunes des observations un peu anciennes (des nôtres aussi bien que de celles des autres) ne permettent pas encore d'en faire une sélection rigoureuse.

Toutefois, l'ensemble de la question aussi bien que ses détails les plus importants étant étrangers à la grande généralité des médecins, l'esquisse synthétique et didactique que nous en allons donner aura au moins un intérêt d'opportunité, et pourra servir à la discussion ultérieure.

A. *Invasion. Prodromes. Stade fébrile.* — Ce n'est pas seulement par la couleur scarlatineuse de la peau, et par la desquamativité, que les érythèmes scarlatiniformes se rapprochent de la scarlatine, c'est encore dans leur première période, par une *réaction fébrile* extrêmement variable, mais à peu près constante. On peut bien voir, ainsi d'ailleurs que dans la scarlatine vraie, l'éruption apparaître sans fièvre ouverte, et quelquefois même, dans les cas frustes, légers, partiels, la maladie entière évoluer sur le mode apyrétique; mais cela reste l'exception.

Le plus ordinairement, le *début* de la maladie est noté comme brusque et inopiné ; toutefois, les malades qui en ont eu déjà quelques atteintes reconnaissent, plus ou moins longtemps à l'avance, des phénomènes précurseurs, un malaise général, ou diverses particularités qui leur annoncent qu'ils vont être repris. Le plus ordinairement, ce début est fébrile : frisson souvent confondu par les malades avec « un refroidissement »; puis tout le cortège symptomatique de la fièvre à tous les degrés, depuis le plus léger jusqu'aux plus intenses, température 40° cent. et 40°,5 dans une de nos observations; Rayer, d'après Alley, indique 38 et 42 degrés, ce qui, sous les réserves relatives à ce dernier chiffre, indique au moins que l'on savait utiliser, au commencement du siècle, le thermomètre en clinique.

D'ailleurs, sauf dans les cas excessivement intenses et graves, malins, le paroxysme fébrile, même très élevé, s'affaisse rapidement; le type continu prolongé est rare, mais il y a des variétés rémittentes de

longue durée, des formes subintrantes, sans préjudice des élévations accidentelles, épisodiques, qui signalent toute localisation viscérale ou toute complication, même légère. En réalité, sur la durée totale de la maladie, c'est la plus grande partie qui est subpyrétique ou apyrétique.

B. *Éruption.* — *a*) *Éruption cutanée.* — Que l'éruption ait précédé, accompagné ou suivi la fièvre, il est rare qu'elle se produise d'emblée sur tous les points qu'elle occupera plus tard; elle est d'abord *localisée* sur quelques régions sans lieu d'élection précis, à l'exception de certains faits à évolution suraiguë qui sont exceptionnels. Tantôt, elle est régulièrement partielle, symétrique ou non, et reste partielle pendant toute la durée, conservant le type même dans ses récidives — *Érythèmes scarlatiniformes partiels;* — tantôt, elle se dissémine à la plus grande partie du corps, laissant toujours des points indemnes. Cependant, alors même que la rougeur ne devient pas *universelle*, l'affection est en réalité *générale*, et l'on verra plus tard la desquamation se produire même là où il n'y a pas eu de rougeur apparente ; enfin, la généralisation peut être absolue — *Er. sc. disséminés ou généralisés.*

Les cas suraigus exceptés, l'évolution éruptive est *progressive*, à étapes beaucoup plus lentes et mieux accentuées que dans les pyrexies érythémateuses ; ce n'est pas d'emblée, mais par association et par fusion d'éléments primitivement isolés que se constitue la généralisation exanthématique ; ce sont d'abord des plaques plus ou moins larges, des taches rubéoliformes, des macules roséoliques parfois. L'anneau vasculaire périfolliculaire est le lieu d'élection habituel du processus érythémateux initial, d'où résulte une sorte de granité qui s'effacera bientôt comme dans toutes les affections qui débutent par les follicules, et amènent leur érection ; une fois l'état constitué, l'éruption devient lisse, quand elle a dépassé le premier stade.

La *coloration* de l'efflorescence varie selon tous les degrés du rouge écarlate, soit sur les mêmes points aux différentes phases, soit simultanément sur des régions différentes; elle peut *au début* être morbiliforme, s'accompagner d'autres types éruptifs tels que des plaques ortiées, etc. ; rarement, elle est hématique, et cependant la pression du doigt montre souvent qu'il reste une teinte fauve, ou un piqueté, indiquant nettement l'exsudation hématoïdique, et elle fait également reconnaître une *infiltration*, variable selon les régions, du corps réticulopapillaire, conservant en godet à fond plat et élevé l'impression du doigt.

Quelquefois, œdématies partielles, ou même véritable *œdème* dans les périodes initiales.

Très rarement, on voit se former soit primitivement, soit secondairement au cours de la maladie, des *vésicules* sudaminales, soit même de véritables *phlyctènes* toujours très superficielles. Plusieurs fois, les observateurs ont pris pour des sudamina l'exfoliation initiale périfolliculaire, laquelle ressemble d'ailleurs, à s'y méprendre, à l'exfoliation du sudamen dont le liquide a été évacué ou résorbé.

Dans le type aigu, simple, il n'y a pas d'altérations accentuées du derme, ni de lésions de ses organes différenciés ; c'est seulement dans

les formes à type fébrile prolongé et aux stades avancés, que l'on peut noter des proliférations *eczématoïdes*, des îlots de *phlegmasie dermique*, des plaques nécrosiques, des *folliculites* ou des *idradénites* simples ou phlegmoneuses.

Les troubles de sensibilité de la peau, hyperesthésie et hyperalgésie, cuisson, picotements, prurit, etc., appartiennent surtout au stade fébrile; ils sont moins prononcés que dans beaucoup d'autres érythèmes, et ne jouent qu'un rôle effacé dans la maladie, une fois les premières périodes dépassées.

b) *Éruption sur les muqueuses.* — Pendant le stade fébrile, ou au moment des parorysmes, on peut trouver sur les muqueuses de rapport des localisations éruptives fort embarrassantes à côté de celles que l'on observe dans les cas de scarlatine ébauchés ou abortifs.

Pour peu que la fièvre ait eu quelque intensité, la langue est banalement saburrale, rouge à la pointe et sur les bords, quelquefois vivement érythémateuse, scarlatineuse ; et les gencives, ainsi que les parois de la bouche, montrent la rougeur, la tuméfaction et la desquamation épithéliale macérée, communes à beaucoup d'états fébriles.

La muqueuse nasale, les conjonctives palpébrales n'échappent pas non plus toujours aux localisations de l'érythème scarlatiniforme, mais celles-ci restent peu importantes, accessoires, éphémères, à l'exception de quelques cas à origine iodique dans lesquels elles prennent, au contraire, quelquefois une intensité spéciale.

C. *Desquamation.* — Dans la plupart des érythèmes, la desquamation est un fait banal, tout à fait secondaire ; mais, dans les érythèmes scarlatiniformes, elle acquiert une telle importance par sa précocité, sa constance, sa durée, son intensité, qu'elle fait partie intégrante du type morbide (*érythèmes scarlatiniformes desquamatifs*).

Dès les premiers jours de l'éruption, alors même que celle-ci n'est pas encore universellement constituée, et toujours *avant son déclin*, on voit commencer la déhiscence de la couche cornée; au second jour, si l'on examine attentivement la peau à la loupe; au troisième ou au quatrième au plus, on trouve en quelques points, là où l'éruption a débuté, plis axillaires ou génitocruraux, face palmaire de l'avant-bras, etc., une desquamation débutant par un pointillé squamulaire ou par de fines craquelures. Ainsi donc, desquamation précoce, *contemporaine* de l'érythème et non succédant à sa disparition, voilà déjà en évidence l'opposition nette entre la desquamation des érythèmes scarlatiniformes, et celle des pyrexies érythémateuses, qui est toujours *consécutive*. Dans les types graves, à la vérité, la desquamation, peut être *retardante*, mais, quand on voudra, comme nous, examiner attentivement tout le corps, particulièrement la face palmaire de l'avant-bras, les plis des grandes articulations, les plis génito-cruraux, on reconnaîtra que, le plus ordinairement, il y a déjà, dès les premiers jours, une desquamation, même dans les cas graves. Arrivée à la période confirmée, la desquamation est craquelée, irrégulière, à éléments juxtaposés non imbriqués, feuilletés, — la couche sous-squameuse s'exfoliant déjà en plusieurs étages avant même que la squame

la plus superficielle soit éliminée, — à grands lambeaux surtout aux extrémités. Le mode de séparation des squames est variable, mais se fait le plus habituellement de la circonférence au centre du lambeau, souvent aussi la marche est inverse, et parfois tout à fait irrégulière ; leur coloration est blanche, nacrée, opaque.

Sous les lambeaux exfoliés, derme un peu infiltré, surface rouge, lisse ou présentant les linéaments de la desquamation ultérieure, travail qui s'opère avec une extrême rapidité; exceptionnellement sous les squames, exsudat eczématique ou avec lamelles plus ou moins jaunâtres simulant l'exfoliation de l'eczéma lamelleux séborrhéique, ou encore du psoriasis eczématiforme; quelquefois, l'exfoliation succède à une phlycténulation épidermique sous forme de sudamina ou de miliaire.

Dans les formes intenses, complexes, dans celles qui sont secondaires à une maladie générale préexistante, ou provoquées par des intoxications médicamenteuses énergiques (mercure particulièrement), le processus de desquamation est souvent dépassé ; il y a de la miliaire vraie si l'hyperthermie se prolonge d'une tenue; de l'humidité sous les squames, quelques sécrétions concrescibles, etc., tous caractères qui altèrent plus ou moins le type érythémateux de ces érythrodermies.

Toujours *renouvelante*, la desquamation est variable de durée et de quantité ; très légère et courte dans les cas frustes ou légers, elle peut s'arrêter au bout d'une semaine, ou se prolonger plusieurs septenaires; sa cessation s'opère graduellement, et s'annonce par la diminution de la rougeur sous-squameuse, de la dimension et de l'abondance des squames, en même temps que par l'apaisement des phénomènes d'hyperesthésie ou d'hyperalgésie. Quelquefois très légère, elle peut acquérir, dans d'autres cas, une extrême intensité, devenir profuse et remplir le lit de détritus épithéliaux.

Le processus érythémateux commun n'atteint pas plus les *phanères* qu'il ne se propage aux *cryptes;* aussi l'extension de la desquamation kératosique, aux ongles et aux poils, que l'on rencontre dans une série de cas d'érythème scarlatiniforme, n'est pas un des moindres caractères qui altèrent le type érythémateux de ces érythrodermies. Non pas que nous pensions que l'on puisse faire absolument des dystrophies phanériennes, ou des altérations des cryptes, un caractère de nature nosologiquement propre à une affection spécifiée, mais seulement parce qu'elles affèrent à des centres différents de ceux qui président aux troubles angionévrotiques simples, aux centres qui régissent les grandes dermatoses exfoliantes.

Quoi qu'il en soit de la valeur ou de la signification définitive de ces dystrophies, nous constatons simplement, et au même titre, que le sillonnement des ongles, et même leur élimination totale ou partielle, ainsi que la chute partielle ou généralisée des poils, peuvent être observés dans les « érythèmes scarlatiniformes. »

D. *Localisations extra-cutanées et complications.* — Les érythèmes scarlatiniformes, au moins dans plusieurs de leurs variétés, n'échappent pas aux localisations et aux complications extracutanées des

érythèmes en général, arthralgies et arthropathies, lésions pulmonaires, cardiaques et péricardiaques, — Voy. note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par HALLOPEAU et TUFFIER, *in Bulletins et Mémoires de la Société méd. des Hôp.*, 2e série, t. XIX, p. 221 et suiv., 1882, — rénales (albuminurie, polyurie, etc.). — Voy. le remarquable mémoire de PERRET, De l'érythème scarlatiniforme récidivant, *Lyon médical*, année 1885.

Ajoutez à cela une série illimitée de phénomènes épisodiques, une épistaxis ou une métrorrhagie, une otite externe ou une otorrhée, de l'herpès facial ou génital, du catarrhe de l'intestin, ou quelque autre encore, généralement éphémères, on aura le programme à peu près complet des accessoires illimités d'un érythème scarlatiniforme.

E. *Durée et récidives.* — La *durée* à assigner aux affections réunies sous la dénomination d'érythèmes scarlatiniformes est très variable ; le chiffre de deux à six semaines, que nous donnons comme une moyenne, peut être très notablement dépassé ; mais les cas dont la tenue est ainsi prolongée sortent de la conception primitive de l'*érythème* scarlatiniforme, pour entrer dans le cadre des *dermites* ou *dermatites* proprement dites.

Les *récidives*, qui sont communes dans toutes les affections de type érythémateux, sont dans les érythèmes scarlatiniformes si *habituelles* et parfois si *réitérées*, que la qualification de *récidivants* leur appartient particulièrement. Sans être fatales, — nous avons pu observer des malades qui certainement n'ont pas eu de récidive après plus de dix années, — même dans les cas les mieux caractérisés, les récidives doivent toujours être prévues, et anoncées comme probables.

Dans la généralité des cas, aucune règle ne préside à leur apparition, elles peuvent se produire à bref délai, être subintrantes, plutôt alors *rechutes* que récidives ; quelquefois affecter une sorte de périodicité saisonnière ou annuelle, laquelle peut elle-même être rompue et interrompue : un de nos malades, atteint à huit ans, a présenté une récidive annuelle pendant quatre ans, puis, après dix-huit ans d'immunité, a vu l'érythème reparaître pendant sept années consécutives. Le nombre des récidives est indéfini, mais nous ne le croyons que très exceptionnellement illimité ; indépendamment des cas où nous avons vu la reproduction ne plus se faire, il faut remarquer que la maladie, fréquente pendant la jeunesse, devient plus rare chez l'adulte et s'éteint dans l'âge avancé. Pour un cas isolé et se produisant pour la première fois, rien ne permet d'affirmer la récidive ; pour un cas récidivant, il peut y avoir de longues accalmies, et la maladie n'est pas perpétuelle. Enfin, sans que cela soit une règle constante, les récidives sont souvent moins intenses ou moins graves que les premières atteintes.

F. *Formes et variétés.* — Malgré de très nombreuses différences de détail dans la localisation, le siège, l'étendue, le mode exfoliatif, etc., une uniformité symptomatique générale domine, et rend fort monotone la lecture des observations ; l'érythème scarlatiniforme reste *un*

au milieu de cette diversité de cas particuliers, et il serait abusif de donner des noms particuliers à chacune des variétés; nous verrons tout à l'heure, en traitant de l'*étiologie* et des *conditions pathogéniques*, qu'il n'y a pas lieu davantage de donner des dénominations spéciales aux formes dites spontanées, et à celles qui sont provoquées par des agents extrinsèques. C'est seulement sur la durée, et sur l'évolution que nous basons la constitution de deux formes cliniques, l'une restant conforme au type de l'érythème théorique, et, générale ou partielle, évoluant dans les délais d'une pyrexie érythémateuse, — *forme aiguë, bénigne ;* — l'autre dépassant ces délais, et débordant le type érythémateux, — *forme subaigüe*, lente ou prolongée, souvent intense, grave, se continuant, sans ligne de démarcation, avec le type le plus léger des grandes érythrodermies exfoliantes.

Voici quelques types de chacune de ces formes :

Observation I. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant à type annuel; étiologie uniforme; forme aiguë, bénigne.*

Un conducteur de tramways, de trente-trois ans, entre dans notre service le 16 avril 1883 avec une éruption rouge généralisée, datant de quatre jours, et selon lui, commençant déjà à diminuer à la face. Après quinze jours d'un malaise vague, il avait été pris d'un frisson, de fièvre, de céphalée, d'une otite externe gauche avec écoulement, et en quatre jours l'éruption, qui avait débuté par le col, s'était étendue, étalée de haut en bas. Au cinquième jour, nous constatons une rougeur universelle, scarlatine absolument, et nettement granitée, très foncée aux membres, donnant lieu à un picotement pénible; fièvre légère, pharyngite érythémateuse, langue saburrale, pas d'albumine urinaire. Il est impossible de voir une éruption plus scarlatineuse, et cependant l'abaissement de la fièvre coïncidant avec une éruption dans son plein, en même temps qu'une desquamation fine, occupant la face, surtout dans la barbe, le col, les épaules, c'est-à-dire les points de début, rendent le diagnostic très aisé et nous permettent d'affirmer l'érythème. D'ailleurs, le malade facilite singulièrement les choses en racontant que, depuis sept ans, tous les ans au printemps, généralement à la suite d'un refroidissement, il présente la même série des symptômes, absolument identique à celle qu'il offre aujourd'hui.

Les jours suivants montrent la réalité de ses assertions ; la desquamation se généralise restant toujours à petits éléments, les plus grands ne dépassant pas un centimètre carré; après vingt-quatre heures de diète lactée et de repos au lit, la température du matin était de 36°,6, et l'urine toujours normale. Le 22 avril, septième jour du séjour et onzième de la maladie, la rougeur avait disparu à peu près complètement, une desquamation furfuracée fine occupait toute la surface du corps. Le malade, se trouvant tout à fait bien portant, réclamait sa sortie, assuré qu'il avait au moins une année devant lui.

Observation II. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, type bénin, à accès rapprochés ; étiologie variable selon les accès.*

Un jeune homme de dix-huit ans, à la suite d'un refroidissement, est pris de fièvre, de frisson, de céphalalgie, et obligé de s'aliter. Le troisième jour, éruption débutant par les cuisses, et se généralisant rapidement, mais avec

prédominance à l'abdomen et à la partie postérieure du tronc. A l'entrée dans mon service le 21 mars 1881, sixième jour, une desquamation à larges lambeaux occupait déjà les plis inguino-cruraux. Généralisation de l'exfoliation, et guérison complète en trois septénaires. Au mois de septembre de la même année, deuxième atteinte plus légère, soignée dans un autre service du même hôpital (pavillon Saint-Mathieu); durée deux semaines. Aux mois de septembre et d'octobre 1882, deux poussées plus légères encore.

Cinquième récidive. Le 27 juillet 1883, le malade, croyant être atteint de poux du pubis, se fait une friction d'onguent napolitain (dix centimes d'onguent).

Le soir, vive cuisson, et *rougeur* aux points frictionnés. — 28 juillet, fièvre, éruption *généralisée;* le scrotum et le fourreau sur lequel s'étaient faits des soulèvements phlycténoïdes desquament; — un herpès labial péribuccal apparaît.

30 juillet, jour de l'entrée, quatrième de la maladie : rougeur scarlatine généralisée, sauf à la face, au col, aux faces palmaires et plantaires; le maximum existe dans la zone génitale, lisse sur les membres, granitée, ansérine sur le tronc; herpès orbiculaire en dessiccation; desquamation limitée aux organes génitaux; T. 38°, 8; P. 100. Langue saburrale, rouge vif sur les bords. — Urine non albumineuse.

2 août, septième jour, apyrexie, rougeur persistante, desquamation généralisée fine sur presque tous les points, excepté aux régions génito-inguino-crurales, où ce sont de vastes lambeaux fins.

Du 2 au 16 août, la desquamation continue avec les mêmes caractères, les lambeaux s'élargissent mais ne dépassent guère un ou deux centimètres, et le malade quitte l'hôpital le 17, se trouvant en état de reprendre prochainement son service.

OBSERVATION III. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif à accès subintrants, type aigu, forme grave; origine iodomercurique probable.*

Le 1er mars 1878, une couturière de vingt ans vient à pied à l'hôpital Saint-Louis, et est placée dans le service de l'un de nous, salle Saint-Thomas, n° 44.

Elle a cependant de la fièvre. P. 112; T. 38°,8; elle est très abattue. — Éruption généralisée universelle, granitée sur quelques points, rouge scarlatineux; face pâle, à l'exception des paupières qui forment comme deux larges lunettes très rouges. Maximum de rougeur sur le corps, à la face postérieure du tronc, aux avant-bras, aux membres inférieurs; les plis articulaires sont épargnés. Sur plusieurs points, particulièrement aux membres inférieurs, on voit à l'œil nu et on détaille à la loupe, une desquamation ponctuée concentrique aux orifices sébacéopilaires. — Douleur à la déglutition sans rougeur vive du pharynx, stomatite exulcéreuse intermaxillaire, liseré gingivo-dentaire rouge exulcéré. Un petit ganglion sous-maxillaire à gauche. Aucun des assistants ne met en doute l'existence d'une scarlatine.

Cependant, à en croire la patiente, l'éruption actuelle (1er mars) date du 19 février, époque à laquelle elle aurait apparu en même temps qu'une fièvre intense de vingt-quatre heures de durée, et qui aurait cédé en peu de jours sans desquamation. Le 25, retour de la fièvre et reproduction de l'éruption qui date par conséquent de cinq jours, en suivant les renseignements de la malade.

Le 5 mars, neuvième jour, l'éruption persiste, la desquamation est en pleine activité, écailleuse sur la face dorsale des mains et des poignets, fissuraire aux coudes, lamelleuse dans les plis articulaires, là même où il ne semblait pas y avoir de rougeur. Dans le plus grand nombre des points, le pro-

cessus desquamatif débute par les orifices folliculaires, prenant pendant quelque temps l'apparence de vésicules évacuées, puis s'élargissant concentriquement, et s'associant pour constituer les îlots définitifs de desquamation. Sur l'abdomen et sur le tronc, quelques rares sudamina. Les paupières desquament, puis la face, même aux points où on n'avait pas vu d'érythème. La température et la fièvre déclinent ayant toujours une exacerbation vespérale de un demi à un degré; l'état général semble s'améliorer; la langue est normale; le malade n'accuse aucune douleur, l'urine examinée chaque jour depuis l'entrée n'a jamais été albumineuse. Le traitement a consisté à mettre la malade au repos du lit, et à la soumettre à la diète lactée.

Le 9 mars, douzième jour, sans cause appréciable, l'éruption persistant et la desquamation s'effectuant toujours, le pouls se relève et la température, qui était descendue à 37° le matin, 37°,5 le soir, reste à 37°,5 le matin et dépasse 38 le soir. Le 10, une épistaxis. Le 12, T. 38°,5; P. 96, frisson, rien d'apparent.

La desquamation continue, la rougeur est moindre mais persiste, les conjonctives sont injectées, la stomatite intermaxillaire est accusée, et les mouvements de la bouche sont gênés. Nulle douleur articulaire. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni du poumon.

L'urine n'est pas albumineuse.

Le 14, dix-septième jour de la maladie, P. 112; T. 38°,5, 39. — Langue saburrale bordée de rouge; douleur accusée à la région fessière à droite, où l'on trouve, au niveau du sillon, une induration dermique diffuse de quatre à cinq centimètres, très douloureuse.

La desquamation universelle continue, très active à la paume des mains, par très larges lambeaux.

Le 15, au centre du placard induré, eschare de 0,025 sur 0,02. Le 16, décollement périphérique partiel, issue abondante de pus et de sanie. Le 17, l'eschare se détache; la température revient à 37° et tous les phénomènes généraux ont cessé.

Le 23, la plaie de la région fessière bourgeonne, mais est très lente à se cicatriser; la desquamation et la rougeur s'éteignent simultanément; les ongles et les poils n'ont présenté aucune altération. Il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine.

Le 24, nouvelle élévation thermique correspondant à une idradénite multiple de la région axillaire à gauche.

Le 2 avril, trente-sixième jour, la température revient à 37° le matin, 37°,5 le soir.

Il ne se produit plus aucun incident nouveau, et la malade est gardée en observation jusqu'au 11 mai, retenue jusqu'à la fin d'avril par la non-guérison du décollement assez vaste de la région fessière.

La durée de la période éruptive proprement dite a été de quatre à cinq septenaires; la durée de la desquamation de trois à quatre septenaires.

Cette femme n'avait jamais eu rien de semblable. Quelques semaines avant le début de cette éruption, elle avait eu une « plaie à la vulve, et des pertes blanches »; un médecin, consulté, a ordonné des pilules de Sédillot — pilules d'onguent mercuriel — et de la solution d'iodure de potassium qu'elle continuait à prendre même après la première éruption, et la veille et le matin même de son entrée elle avait pris six cuillerées d'une solution d'iodure de potassium d'iodure à 4/120.

L'état des ongles n'a pas été noté, mais il est probable qu'ils n'ont pas été atteints d'une manière appréciable; il en est de même pour les cheveux.

OBSERVATION IV. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, type subaigu, forme grave, à début polymorphe, morbilliforme, ortié, etc.; origine iodomercurique.* (Observation rédigée d'après les notes communiquées par M. MOREL-LAVALLÉE, chef de clinique de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis.)

Femme de chambre, vingt-huit ans, soignée depuis plusieurs semaines pour une syphilis secondaire bénigne par le Dr Deschamps. 0,05 de proto-iodure de mercure par 24 heures.

1888. Janvier 28, malaise ; 29, obligation de s'aliter; 30, purgation, légère douleur pharyngée (la malade est sujette aux maux de gorge et a, d'ailleurs. des syphilides pharyngées ; on suspend le proto-iodure. 31, quatrième jour, pharyngite diffuse légère, éruption d'aspect rubéolique boutonneux, constatée par le Dr Deschamps sur les poignets et la face dorsale des mains.

1er février, cinquième jour, l'éruption s'étend en nappe rouge intense sur les mains, et sur le tronc, la racine des membres, érythème rosé diffus avec lacunes pâles, rubéoliforme. — 3, septième jour, éruption généralisée morbilliforme sur tout le corps, face et col exceptés, rouge foncé aux mains avec tuméfaction douloureuse; injection conjonctivale. — 4, malaise général très accentué; l'éruption affecte l'aspect morbilliforme, mais est rosée comme un rash cholérique, nettement ortiée par places. Extrémités supérieures tuméfiées d'un rouge violacé uniforme, infiltrées douloureuses à la pression. (M. MOREL-LAVALLÉE compare cet aspect à celui qu'il a observé dans un cas d'intoxication par les injections vaginales de bi-iodure de mercure dans le service de M. PINARD.) Peut-être aussi la malade a-t-elle pris, mais à une époque précédant l'éruption de deux semaines, une certaine quantité d'antipyrine.

5 mars, neuvième jour, la malade est entrée à la clinique du professeur FOURNIER, salle Henri IV, lit 40; caractères déjà notés le 3 ; les plis, aines et aisselles, creux poplités, et la face sont épargnés ; T. v. 39°; urine non albumineuse. — 7, T. m. 38°. L'aspect scarlatineux est établi et constaté par MM. BESNIER et TENNESON, par M. VIDAL. La face elle-même est rouge, les deux tiers antérieurs de la langue ont desquamé; au-dessus des poignets, desquamation pointillée; mélalgies et arthralgies des genoux et des petites jointures des mains (?); adénopathie généralisee dolente. — 10, les jointures ne sont plus douloureuses ; aucune n'est tuméfiée ; la face est gonflée ; un vomissement. — 11, l'éruption, qui était encore granitée aux jambes, pâlit ; tronc couvert de sudamina (aspect de l'éruption de thapsia) ; face gonflée avec occlusion des yeux; T. v. 40°.

Derme infiltré, hyperesthésié vivement; l'urine est toujours non albumineuse. — 12, tous les phénomènes cèdent : T. 38°,5 ; desquamation large aux poignets et au pubis. — 13, la desquamation se généralise; partout elle a un début punctiforme, mais elle évolue avec une extrême rapidité, en même temps qu'il n'existe plus sur tout le corps un seul point qui ne soit rouge, rouge jaunâtre et fané. Le cœur reste intact. — 14, en même temps que la desquamation s'étale, un suintement eczématiforme se produit à la face, au cuir chevelu, et dans les plis rétro-auriculaires : T. r. 40°,2. — 15, T. m. 38°,9; lit rempli de squames. En plusieurs points, les lambeaux qui vont s'exfolier sont soulevés par des phlyctènes irrégulières, punctiformes; en certaines régions, à la face, au front, le gonflement, l'état vésiculo-croûteux donnent l'aspect des sujets atteints de grandes brûlures. La paume des mains se fissure, les mouvements de flexion et d'extension du col et des membres arrachent des cris; excoriation au niveau de l'ischion. L'état général semble grave; mais cette situation ne se prolonge pas plus de trente-six heures ; le 17, l'amélioration se manifeste ; la desquamation est si rapide que, à la paume des mains, où, il y a quarante-huit heures, l'épiderme était à peine fissuré aux grands

plis, toute la couche cornée se détache d'un lambeau, pendant que les doigts ne se dépouillent qu'à leur racine, et qu'aux pieds la desquamation dorsale, punctiforme, est confluente; en même temps, le suintement, l'aspect eczématiforme se sont accrus. — 20, vingt-quatrième jour, T. m. 38°, langue normale; l'hyperesthésie cutanée est toujours très prononcée; les paupières se dégonflent, bien que la face ait encore l'aspect eczématique; la couche cornée de la plante des pieds se détache en un lambeau. — 24, diarrhée succédant à une constipation jusque-là opiniâtre; état général très bon; apyrexie.

Mars, 5, trente-neuvième jour; la desquamation diminue, et a déjà cessé dans la région dorsale. — 8, peau rosée, desquamation terminée, sauf à la partie postéro-supérieure des cuisses; depuis quelques jours, un peu de douleur et de tuméfaction de la région sus-hyoïdienne; phlegmon, ouvert le 12, rapidement cicatrisé, mais laissant un empâtement persistant. — 12, la desquamation est terminée; c'est le quarante-sixième jour. — 16, idradénites légères dans les deux aisselles. — 17, quelques pustules d'ecthyma furonculeux aux deux mains; furoncle du volume d'une noisette à la région temporale droite. — 20, nouvelles pustules à la face plantaire, et en arrière des cuisses. — 24, furoncle de la région sacrée.

Ongles et poils. — L'altération des ongles date du troisième septenaire. Au dix-huitième jour, ils ne semblaient avoir subi aucune altération; cinq sont tombés : le premier, un ongle du gros orteil avec un lambeau épidermique, tout à sec, sans suppuration, sans périonyxis, dystrophiés, épaissis, craquelés, écailleux, striés en long. Au moment de la sortie, quatre-vingt-sixième jour de la maladie, les ongles des mains avaient l'aspect de masses grises, grenues, feuilletées, irrégulières, comme des débris de pierre ponce.

A l'époque où s'est produite la dystrophie unguéale, et aussitôt que les croûtes humides du cuir chevelu ont été remplacées par des squames, les cheveux ont été coupés ras, et en une semaine presque tous étaient tombés. A ce moment, se place une furonculose discrète, vite arrêtée, du cuir chevelu.

Avril 5, bien que la malade semble guérie et se lève, nouveaux furoncles au niveau des grandes lèvres. — 21, tout est terminé; état général excellent; aucun indice de l'état syphilitique signalé dans l'antécédent. Sortie au quatre-vingt-sixième jour de la maladie.

Récidive : *Suite communiquée par* M. Morel-Lavallée.

« Le 23 juillet de la même année, la malade se présente à notre consultation, atteinte d'une roséole de retour (syph. érythémateuse circinée); santé générale excellente ; les cheveux ont repoussé ainsi que les ongles dont la partie adhérente croît saine et non déformée.

On prescrit pilules de proto-iodure de mercure à 0,05 c., une par jour; elle en prend une le vendredi soir 20 juillet; une seconde, le samedi matin. *Le troisième jour*, dimanche 22 juillet, elle se réveille les yeux enflés (déjà elle s'était grattée dans la nuit); dans la soirée, les mains devenaient rouges et enflaient.

23 juillet. — La face dorsale des mains et des poignets est recouverte d'un érythème rouge vif, sans limite régulière ni bordure à l'avant-bras; au toucher, la peau est tuméfiée, granuleuse, le doigt s'y imprime et en efface momentanément la rougeur. Aux bras et sur le moignon de l'épaule droite (face externe) est une plaque analogue d'érythème, irrégulière, plus diffuse de contour, plus rosée, bien plus ortiée. Cette disposition ortiée se retrouve encore d'une façon beaucoup plus accentuée sur un placard présternal large comme la paume de la main et où les doigts perçoivent un relief rénitent comme dans l'urticaire tubéreuse.

Face. — Œdème mou péri-oculaire causant une demi-occlusion des yeux, la

peau est là, comme sur la joue, le siège d'une rougeur granitée et légèrement saillante.

Langue humide non recouverte d'enduit blanchâtre, non épaissie.

Nulle part il n'y a de vésicules, mais simplement un état fortement chagriné des surfaces érythémateuses.

M. Fournier prescrit 1 gramme d'iodure de potassium, à titre d'éliminateur.

24. — La rougeur des mains est moins vive, la tuméfaction a diminué, le placard ortié présternal a disparu. La bande érythémateuse scapulo-brachiale droite est à demi effacée.

L'aspect est toujours scarlatiniforme aux mains; rien aux aines ni aux aisselles. En revanche, l'œdème péri-oculaire impose le diagnostic d'érythème ortié. Le prurit du reste a été assez intense pour empêcher tout sommeil cette nuit, et au dos il y a des papules ortiées; dans les régions déclives, les éléments de la roséole circinée ont pris le caractère ortié.

Pas de fièvre, langue normale et humide, pas de salivation, pas d'albuminurie, état général normal, sauf le prurit.

Aux endroits ou siège l'érythème, la température est notablement plus accusée.

L'amélioration notable prouve que, dans le médicament ayant causé l'éruption, c'est bien le mercure qui a agi et non l'iode, puisque la malade a pris hier un gramme d'iodure de potassium.

25. — L'œdème des paupières a disparu, ainsi que le placard présternal.

Aux avant-bras, la peau est rugueuse, chagrinée, vésiculoïde, plus chaude aux sièges de la lésion que sur la peau saine ; un petit placard érythémato-papuleux s'est montré au genou gauche.

Langue normale. La température reste toujours normale.

26. — La rougeur a à peu complètement disparu aux mains; l'éruption ne persiste qu'à la face dorsale des poignets et externe des bras, sous la forme de petites papulo-vésicules chagrinées et agglomérées sur un fond moins érythémateux. La peau est toujours plus chaude au siège de l'érythème.

27. — Rougeur très légère aux poignets, plus accentuée à la face interne du bras droit. En cet endroit, la peau est notablement plus chaude.

Aux paupières et au pourtour des yeux, la peau desquame. Picotements aux yeux, larmoiement.

Desquamation au cou, au niveau du sterno-cléidomastoïdien gauche.

28. — Le picotement et un léger larmoiement des yeux persistent.

La desquamation est plus accentuée, bien que légère d'une façon générale. La malade sort.

Le 17 août, M. Morel-Lavallée revoit la malade : état général excellent; *desquamation en grandes lamelles de la paume des mains, qui n'avait pas présenté de rougeur visible cette fois-ci.*

Toutes les régions où a siégé le dernier érythème ont desquamé en lamelles plus ou moins larges. »

G. — *Différenciation clinique.* — Le diagnostic des érythèmes scarlatiniformes est délicat à toutes les périodes ; au début, il s'agit essentiellement de les différencier de la scarlatine; ultérieurement, surtout si l'on a pas observé la maladie à ses premières phases, il faut les distinguer de quelques autres érythrodermies ; rétrospectivement, le diagnostic avec une scarlatine est encore, parfois, très important à établir.

a) *Scarlatine.* — Au début, à moins que le malade ayant déjà eu plusieurs fois la même affection n'éclaire le médecin, c'est avec la scarlatine

que se pose d'abord la question, et qu'elle reste souvent posée aussi longtemps que la maladie n'a pas dépassé la durée du stade éruptif de cette fièvre éruptive. Que l'on ne dise pas que la moindre intensité des symptômes initiaux, le degré thermique, l'imperfection ou le caractère limité de l'éruption, etc., suffisent pour éliminer l'idée de scarlatine. Rien, ni dans la période pré-éruptive, ni dans le stade initial de l'éruption, ne justifie cette assertion ; aucun phénomène, *isolé*, n'est pathognomonique.

Dans l'éruption elle-même, rien qui ne puisse être observé dans les deux affections, pas plus les formes que les inégalités de distribution, lesquelles peuvent appartenir aux variétés de la scarlatine — rubéolique, tachetée, vergetée, localisée, lisse, papuleuse, etc. — ou à ces scarlatines irrégulières ou incomplètes qui restent douteuses ou méconnues même jusqu'à ce que, pour les médecins pédiâtres les plus compétents, la propagation contagieuse, la desquamation, l'albuminurie, l'éclampsie secondaire, etc., viennent éclairer le jugement.

Et inversement, dans notre hôpital Saint-Louis où se trouvent réunis des dermatologistes habitués à ces difficultés, il n'est pas rare que le diagnostic entre une scarlatine et un érythème scarlatiniforme au début soit ajourné, ou fait à contresens, s'il est posé extemporanément. Cette difficulté, toutefois, n'est que *momentanée;* aussitôt les délais de l'éruption scarlatineuse passés, alors même que l'érythème est absolument scarlatiniforme, alors que la difficulté objective subsiste tout entière, on peut décidément éliminer le diagnostic de scarlatine. Ajoutons que, dans les cas où un jugement erroné est formulé, ce n'est pas comme quelques auteurs ont paru le croire, par difficulté absolue, ou par incapacité diagnostique, mais simplement par *insuffisance d'enquête.*

La durée de l'éruption de la scarlatine ne dépasse pas neuf jours, en attribuant trois jours pleins à chaque stade d'augment, d'état et de déclin ; donc, c'est un maximum de dix jours à donner du fait de l'éruption à la période ambiguë.

Il est entendu que les caractères de probabilité tirés de l'état de la gorge, du type fébrile, des conditions de contagiosité connues, le lieu d'élection du début de l'éruption et tous les autres phénomènes cliniques peuvent être utilement invoqués et discutés ; mais, nous le répétons, la scarlatine se prêtant à une foule d'exceptions et d'irrégularités, et l'érythème scarlatiniforme affleurant la scarlatine dans tous ses points, on ne trouvera pas toujours une base d'élimination solide *et immédiate*, aucun examen bactériologique ne pouvant encore déceler l'élément spécifique de la scarlatine.

C'est en raison de ces difficultés que nous avons, depuis longtemps, attiré l'attention sur la *desquamation précoce* des érythèmes scarlatiniformes; ainsi que nous l'avons dit plus haut, souvent dès le second jour de l'éruption, si l'on examine attentivement la peau à la loupe, dès le troisième ou le quatrième au plus, on trouve en quelques points, plis inguinaux, axillaires, face palmaire de l'avant-bras, etc., une desquamation pointillée, ou même déjà étendue à de larges surfaces, selon le mode que nous avons spécifié plus haut. Il peut arriver dans l'érythème scarlatiniforme, bien que rarement, que cette desquamation soit un peu

retardée, et, inversement, il ne serait pas impossible que, dans certaines scarlatines suraiguës, la desquamation n'anticipât sur les délais réglementaires ; mais tout cela est exceptionnel, et quand la desquamation est *vraiment précoce,* elle a toute la valeur que nous lui avons attribuée.

Une fois cette période, d'une durée de dix jours maximum, accordée à l'éruption de la scarlatine, la simultanéité de la rougeur et de la desquamation servent à confirmer le diagnostic ou à l'établir si le malade est vu seulement à cette période. Dans ce cas, on ne se laissera pas détourner de la réalité même par la coïncidence de l'albuminurie, laquelle est plus rare certainement pendant la période desquamative des érythèmes que durant le décours de la scarlatine, mais qui peut exister dans l'érythème scarlatiniforme le plus authentique. — Voyez l'excellent mémoire de Perret, De l'Érythème scarlatiniforme récidivant, *in Lyon médical*, 1885.

Les dystrophies ungéales, qui surviennent au cours d'un érythème scarlatiniforme, sont-elles de nature à établir *rétrospectivement* le diagnostic différentiel entre une scarlatine et un érythème scarlatiniforme? Ou, en d'autres termes, la desquamation scarlatineuse peut-elle s'étendre aux ongles? Il n'y aurait rien d'impossible à cela, mais nous ne l'avons jamais vu ; aucun des faits produits ne le démontre, et les cas de scarlatine rapportés comme suivis de chute des ongles sont tous contestables. Voici, par exemple, une observation résumée mais complète — Ein Fall von bleibender Vernderung der Haar und Hautfarbe nach Scharlachfieber, Mitgetheilt von Dr Wallenberg *in* Danzig ; *Viertelj. für Dermat. und Syph.*, p. 63, 1876, où l'on appelle « fièvre scarlatine » un cas d'érythème scarlatiniforme, ou de dermatite exfoliatrice, manifeste non seulement par la série des symptômes, mais encore par la séquelle.

Voyageur de commerce, vingt et un ans, « *fièvre scarlatine,* » 4 janvier 1869. Rougeur de la peau très intense, hyperhémie du pharynx modérée ; pas d'albumine dans l'urine durant toute la maladie. La desquamation prit une marche spéciale. Dans la plupart des cas de scarlatine, l'épiderme se détache en lambeaux plus ou moins grands et l'épiderme normal apparaît ensuite ; ce même fait se produit aussi lorsque, comme dans la scarlatine miliaire, quelques vésicules de la grosseur d'une graine de pavot détachent l'épiderme de la couche muqueuse ; il est plus rare que de grosses bulles se forment avec un contenu séreux ou purulent, qui se rompent ensuite et laissent la couche muqueuse à découvert. Dans le cas actuel, l'épiderme fut détaché par l'exsudat de la couche de Malpighi presque sur toute la surface du corps, de telle sorte que le réseau était sur des surfaces de la grandeur de la paume de la main, à nu ou recouvert de croûtes muqueuses. En quelques points, paupières, nuque, jambes, il survint des abcès dans le tissu cellulaire souscutané, on dut les inciser pour évacuer le pus. Comme, au début de la desquamation, le malade avait énergiquement refusé de prendre des bains, elle se prolongea environ quatre semaines. De plus, les ongles des doigts et des orteils se détachèrent ; les cheveux, la barbe, les sourcils, les cils, les poils des parties génitales et les poils follets de tout le corps tombèrent complètement.

L'auteur ajoute que la suite de ce processus de desquamation fut encore plus extraordinaire. Avant sa maladie, le sujet avait le teint et les cheveux brun foncé ; après la desquamation, les cheveux repoussèrent blancs comme

chez un albinos, et la peau resta blanche presque comme du lait avec une teinte rougeâtre..... La peau de W. (peut-être à la suite du manque de pigment?) est devenue exceptionnellement irritable : huit heures environ après l'application d'un peu de pommade grise, on vit se développer rapidement une rougeur diffuse de toute la peau. Quatre ans et demi plus tard, il lui survint, après s'être exposé, l'été, aux rayons directs du soleil, un « eczéma » généralisé aigu qui se termina par la desquamation de tout l'épiderme. L'« eczéma » se renouvela ensuite après une forte dose de quinine, et récemment il a eu encore un « eczéma » généralisé avec desquamation après une friction avec l'onguent gris contre des morpions.

b) *Érythrodermies diverses.* — A la période paroxystique de certains érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, localisés ou généralisés, de cause externe ou interne, on peut voir survenir du suintement eczématique, des fissures, et le patient, examiné à ce moment, pourrait être supposé atteint *d'eczéma rubrum exanthématique;* mais ici le diagnostic s'établit, non par ce phénomène, qui est simplement épisodique, mais par l'ensemble des symptômes observés pendant toute la durée de la maladie. Celui qui jugerait ainsi, par la seule objectivité immédiate, une maladie à évolution multiforme, s'exposerait à des erreurs et à des mécomptes contre lesquels il doit se tenir en garde. C'est seulement au début, que l'eczéma exanthématique, ou encore quelques érythrodermies eczématiformes secondaires, dues le plus ordinairement à une action médicamenteuse, pourraient rendre le diagnostic ambigu, et qu'il pourra être nécessaire de suspendre momentanément le jugement.

Ces remarques s'appliquent à une série d'*érythrodermies* qui, à un moment donné de leur cours, et à un examen objectif simple, peuvent simuler les érythèmes scarlatiniformes. — Voyez plus loin l'*Appendice des Traducteurs* sur le *pityriasis rubra.*

H. *Pronostic.* — Bien que l'on ait produit quelques observations d'érythème scarlatiniforme à issue funeste (nous parlons des érythèmes scarlatiniformes proprement dits et non des scarlatinoïdes secondaires), il n'en est pas moins certain que le pronostic est rarement d'une gravité réelle. Les cas mortels sont peu nombreux, et, pour quelques-uns d'entre eux, la cause réelle de la mort reste à discuter. Mais le pronostic peut être sévère à la fois en raison de l'intensité du processus cutané, des phénomènes de dermite, et d'exfoliation des phanères, ainsi qu'en raison de l'éventualité des récidives, avec cette circonstance atténuante que les récidives sont généralement moins graves que ne l'a été la première atteinte, et que la cause quand elle extrinsèque peut être supprimée.

I. *Étiologie et pathogénie.* — Les conditions *pathogéniques* des érythèmes scarlatiniformes sont, en elles-mêmes, aussi obscures et aussi complexes que celles des érythèmes multiformes que nous étudierons tout à l'heure dans un *Appendice* spécial ; elles doivent être soigneusement distinguées des conditions *étiologiques* ou *provocatrices* qui en déterminent la mise en jeu. Faute de faire cette distinction, beaucoup d'auteurs ont attaché à ces conditions *causales* une importance *nosologique* qu'elles ne comportent pas. Ce qui appartient à tous les sujets

atteints, c'est une *condition individuelle particulière*, une *intolérance propre*, non pas pour une cause ni pour un agent uniques, mais pour une série *très variée* de causes et d'agents morbides divers.

Il en résulte qu'une même affection peut être provoquée par les causes les plus diverses, de même qu'une cause semblable peut produire les états pathologiques les plus distincts. Lors donc que l'on trouve un érythème scarlatiniforme provoqué par un agent toxique interne ou externe, il ne s'ensuit pas qu'il soit *différent*, de sa *nature*, d'un autre cas dans lequel cette provocation n'aura pas existé. Sans sortir du cas particulier, il est aisé de s'en rendre compte en observant que, chez un même sujet atteint de récidives identiques d'érythème scarlatiniforme, les causes peuvent varier *à chaque attaque*, selon la gamme la plus étendue de ces causes, venir de l'organisme, du dehors, être appliquées à l'intérieur ou à l'extérieur comme dans notre observation II et dans celle de Wallenberg et dans beaucoup d'autres, y compris l'observation lue par Petrini au Congrès de 1889, où l'on voit des crises éclater sans cause connue, ou survenir à l'occasion d'une blennorrhagie, ou dériver directement d'un irritant externe.

Cela étant, on ne s'étonnera plus de voir une cause externe, un agent toxidermique donner naissance à une maladie *de longue durée* tout à fait *hors de proportion* avec la nature, l'énergie, la durée ou le mode d'application de la cause, toutes ces conditions n'ayant d'autre rôle que de *provoquer* l'explosion d'accidents morbides dont la nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique sont essentiellement liées à la *condition de l'individu*, et non à celle de la cause.

Cela dit, voici ce qui ressort de l'observation sur ces conditions étiologiques :

Dans quelques cas, aucune condition appréciable en dehors des banales; dans d'autres, mais moins souvent que dans le groupe des érythèmes multiformes proprement dits, le « rhumatisme », diverses maladies infectieuses ou virulentes, ou toxiques, blennorrhagie, syphilis, alcoolisme, etc., etc.

Très souvent, irritation de cause externe, soit d'origine professionnelle, usiniers travaillant à haute température, vidangeurs, mégissiers, etc., soit de source médicamenteuse, le mercure au premier rang. Parmi les agents toxiques internes, au premier rang encore le mercure, puis la belladone, l'opium, l'arsenic, la quinine, le chloral, l'acide phénique, les iodures, l'antipyrine, les salicyliques, etc., etc.

Bon nombre des érythèmes scarlatiniformes rapportés à des *causes pathologiques*, telles que le rhumatisme, par exemple, sont simplement *provoqués* par des agents toxidermiques internes ou externes; si cette condition causale reste souvent méconnue, cela tient à diverses raisons qu'il faut préciser : c'est d'abord, le caractère éventuel de l'action pathogénique des agents toxidermiques, lesquels *ne* réalisent l'éruption cutanée *que* chez certains individus prédisposés ; *sans cette intolérance personnelle et spéciale, la maladie ne se produirait pas;* c'est, enfin, le délai existant quelquefois entre l'application de la cause et l'irritation du tégument, non moins que le manque de rapport réglé entre le degré

de cette irritation et la quantité de l'agent toxique employé, ou la durée de sa *présence réelle.*

Pour le mercure, en particulier, — voyez nos observations III et IV — agent provocateur certain et assez fréquent des érythèmes scarlatiniformes, on a souvent méconnu le rôle qu'il a joué chez certains sujets, par cette raison qu'on l'emploie sans cesse à profusion, à doses excessives, prolongées, toxiques, produisant des stomatites intenses, la cachexie mercurielle, etc., sans voir se développer ces érythèmes.

Ainsi donc, pour les érythèmes scarlatiniformes, — ainsi que nous allons l'établir tout à l'heure pour tous les érythèmes en général — il n'y a pas à établir d'espèces *nosologiques* vraies selon la *nature de la cause;* tous, chez les prédisposés, peuvent naître de conditions intrinsèques, ou bien être provoqués par des agents extrinsèques les plus variés, sans que leur *nature* en soit adultérée. — Le *même* érythème scarlatiniforme peut être « spontané » ou toxidermique, mercuriel ou autre, etc. Jamais, dans les érythèmes scarlatiniformes, la cause n'est univoque, de premier ordre, exclusive ; en aucune manière on ne peut les assimiler aux *maladies spécifiques*, les seules dans lesquelles il n'y ait rien de plus nosologiquement élevé que la condition causale ; ce n'est jamais à leur « cause » variable, éventuelle, inconstante, banale ou non, que les érythèmes empruntent leur caractère de nature; c'est au sujet lui-même.

J. *Traitement.* La thérapeutique à diriger contre les érythèmes scarlatiniformes varie nécessairement selon les cas, les sujets, les périodes.

Tout d'abord, suppression de l'agent provocateur connu ; médication éliminatrice (?) si l'action toxidermique est récente; à titre général, *médecine des indications,* comme dans tous les érythèmes, car il faut renoncer à l'espoir de trouver un agent unique, spécifique, dans une maladie dont la condition étiogénique est aussi protéiforme.

Dans la majorité des cas, l'expectation — au sens vrai du mot qui ne veut pas dire nihilisme, — l'hygiène appropriée au sujet, au lieu, à la saison ; le repos et un peu de temps suffisent pour mener la maladie à sa terminaison naturelle, la guérison.

Mais ce que nous déclarons *avec énergie*, c'est que l'on doit être sobre de médicaments toxiques, *quels qu'ils soient*, chez les scarlatiniformes pendant la durée de l'érythème ; la lecture de plusieurs observations, l'observation de plusieurs faits, nous a donné la conviction que, chez ces malades, les interventions médicamenteuses étaient souvent nuisibles, *funestes* même, si la médication toxique est portée à des doses élevées, ou si elle est continuée malgré la gravité croissante du mal.

Localement, les onctions huileuses, l'onguent simple, quelquefois l'emmaillotement humide, les bains quand il n'y a pas de détermination viscérale importante, suffisent à remplir les indications du traitement d'une affection cyclique qui peut être dirigée, atténuée, soulagée, abrégée, non jugulée, mais qu'une thérapeutique intempestive peut aggraver jusqu'à la rendre périlleuse.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(α) ÉRYTHÈMES IDIOPATHIQUES (ESSENTIELS)

1. — ÉRYTHÈME EXSUDATIF MULTIFORME (HEBRA)

Érythème polymorphe, Kaposi.

Comme l'indique le nom que lui a donné Hebra, ce processus est remarquable par la multiplicité de ses formes, et il se distingue de l'érythème congestif résultant d'une simple hyperhémie par l'exsudation qui constitue sa base (1).

Sur le type presque invariable de l'érythème multiforme, la maladie débute (2) simultanément et symétriquement à la face dorsale des mains et des pieds, ainsi qu'aux parties voisines de l'avant-bras et des jambes (3), par des taches disséminées, nettement délimitées, de la dimension d'une tête d'épingle, atteignant bientôt après celle d'une lentille, d'une coloration rouge vif et rouge cinabre, pâlissant sous la pression du doigt, plates

---

(1) Voyez pour prendre une idée précise des lésions de l'érythème multiforme, les importantes recherches de Leloir. — Rech. s. l'anat. path. et la nature des érythèmes, et de l'éryth. polym. en particulier. *Société anatomique*, avril 1884, et *Progrès médical*, 1884, — qui constituent une des belles applications de la *biopsie* à l'étude des maladies cutanées. Cf. Petrini, *loc. sup. cit.* E. B. — A. D.

(2) Si l'on veut parler exactement, on ne saurait dire que l'érythème multiforme *débute* régulièrement par l'éruption ; il y a très souvent, pour ne pas dire toujours, une période pré-éruptive dans laquelle se rangent tous les phénomènes très variables de la réaction fébrile, courbature, mélalgies ou arthralgies, congestion pharyngée ou bronchique, troubles gastro-intestinaux, etc., etc. Ce qui est exact, c'est qu'aucune règle ne préside à tout cela, et que tout peut être observé depuis l'apyrexie jusqu'aux degrés élevés de l'hyperpyrexie ; que la fièvre peut s'affaisser après l'éruption ou demeurer, même croître avec elle, qu'elle peut préexister, ou n'appartenir qu'au molimen éruptif, être éphémère, rémittente, subintrante, continue ; cela surtout selon l'état antérieur du patient, l'intensité du processus éruptif, la tolérance ou l'irritabilité propres du système nerveux, variables sous l'action d'une maladie protopathique, d'une commotion morale, d'une période menstruelle chez la femme, etc., etc. ; et très certainement selon la nature ou le degré de la condition étiogénique première. Nous reviendrons sur tous ces points qui ne sont pas suffisamment spécifiés dans le texte courant ; nous avons voulu seulement ici avertir le lecteur que, si nous respectons l'ordre descriptif adopté par l'auteur, nous ne l'adoptons pas.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(3) Le début simultané et symétrique par la face dorsale des extrémités est très ordinaire et très important à relever quand il existe ;

ou légèrement saillantes au-dessus du niveau de la peau, et qui, au toucher, donnent une sensation normale, ou légèrement dure, œdémateuse (*érythème lisse*).

Très rapidement, ces taches, se développant par leur périphérie, acquièrent en même temps de plus grandes dimensions dans les espaces qui les séparent, et plus haut, vers l'avant-bras, on voit apparaître de nouvelles efflorescences. Déjà, au bout de quelques heures, les éléments éruptifs les plus anciens, formant le centre des plus grandes taches, paraissent déprimés et cyanosés, tandis que leur périphérie, d'invasion plus récente, est entourée d'un liséré rouge vif et même rouge cinabre.

Par suite de la rapidité de leur évolution, ces taches atteignent bientôt l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou de 5 francs en argent. Elles se développent toutes d'après le même type; aussi la partie centrale paraît-elle rouge bleu et la partie périphérique rouge clair, et enfin les plus grandes taches se réunissent de manière que dès le deuxième ou le troisième jour, la face dorsale de la main paraisse d'un rouge bleu diffus, cyanosée en même temps que froide au toucher (1). A la pression, la teinte rouge bleu disparaît et est remplacée par une pigmentation brun jaune. A l'avant-bras, au bras et à la face il survient des taches rouge-cinabre ayant à peine, au début, les dimensions d'une lentille ou celles d'une pièce de 50 centimes, disséminées, rouge bleu au centre, rouge clair à la périphérie; au tronc, les plus récentes ont la dimension d'une tête d'épingle ou même celle d'une lentille et une coloration rouge clair.

Puisque l'injection cyanosée qui suit promptement l'hyperhémie rouge vif dénote une stagnation dans les capillaires veineux, il est facile de comprendre que, outre l'œdème accidentel (2) des couches profondes de

---

mais on ne saurait le présenter comme invariable; tous les points de la surface tégumentaire peuvent être le siège initial de la détermination éruptive, avec des localisations prédominantes utiles à connaître pour le diagnostic, parties découvertes du visage, pourtour des yeux, lisière du cuir chevelu, col, avant-bras et dos des mains, cous-de-pied; et s'il est vrai qu'une réelle symétrie soit ordinaire, elle n'a rien d'absolu, ni de comparable à la symétrie constante des pyrexies érythémateuses, ou même des érythèmes pyrétoïdes. E. B. — A. D.

(1) L'hypothermie s'observe exclusivement aux extrémités, et elle est loin d'y être constante; le plus ordinairement, à titre général, les éléments de l'érythème multiforme, non seulement s'accusent subjectivement par des sensations de chaleur et quelquefois de brûlure, mais la température locale est à leur niveau manifestement exagérée.
E. B. — A. D.

(2) L'œdématie, l'œdème angionerveux, la suffusion séreuse simple ou hématoïdique, appartiennent essentiellement au processus de l'éry-

la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par exemple à la paupière, il s'écoule aussi un peu de matière colorante du sang, qu'il y ait même une véritable hémorrhagie, et par conséquent, que, les jours suivants, les taches passent par les différentes nuances du bleu au jaune, vert, jaune et brun, en allant du centre à la périphérie, suivant l'ancienneté de l'invasion dans chaque zone.

Si les taches pâlissent rapidement au centre, tandis que le bord rouge s'étend par la périphérie, il en résulte un *érythème annulaire;* si plusieurs cercles se rencontrent et s'effacent à leur point de contact, il se produira des lignes serpentines et les dessins les plus variés, — *érythème figuré* (*Er. gyratum*).

Si, au centre des taches en voie de développement, il survient une nouvelle tache rouge, on a l'*érythème iris*.

Quand la tache primitive se transforme en une plaque un peu plus élevée, plus dure, par suite de l'augmentation du processus exsudatif, on la désigne sous le nom d'*érythème papuleux* (1), et si, par son étendue,

---

thème multiforme; la plaque, la papule, la nodosité elle-même sont du type œdémateux; quelquefois l'œdème est considérable, c'est une véritable *anasarque :* bouffissure de la face, gonflement des paupières, gonflement du prépuce, des grandes lèvres; œdème des jambes et même des mains, sans rapport de proportion avec la détermination érythémateuse proprement dite, surtout dans les formes péliosiques. Il y a, en outre, une œdématie attachée à l'éruption elle-même, et que l'on trouvera marquée par la pression du doigt, non seulement aux extrémités, mais partout où l'éruption est en acte.

Graves ou légers, les érythèmes multiformes comportent, pour toute une série, l'œdème angionerveux fugitif; les deux processus ont le même mode pathogénique, et les deux lésions s'associent constamment à un degré variable; quelquefois l'œdème est considérable et généralisé, l'éruption étant faible, et réciproquement. Tantôt l'œdème fait seulement partie intégrante de l'efflorescence érythémateuse, tantôt il diffuse alentour sans aucune proportion avec la lésion érythémateuse; il n'a pas une valeur pronostique spéciale; on peut l'observer généralisé et intense dans des érythèmes bénins, ou manquant ou existant dans des cas d'érythème malin.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le *type papuleux* ne résulte pas toujours de la « transformation » ni de l'élévation d'une plaque d'érythème lisse, il constitue une forme propre restant individualisée, soit comme l'un des éléments d'une éruption multiforme, soit comme manifestation unique.

Les « papules » érythémateuses ne se produisent pas toutes par ce mécanisme élémentaire, et elles comptent une très grande variété de formes et des dimensions très variables : miliaires, lenticulaires, pisiformes, nodulaires, tuberculiformes, au point de simuler parfois de

elle correspond à une plaque d'urticaire, ce sera l'*érythème ortié* (*Erythema urticatum, Lichen urticatus*). Dans ce dernier cas, les papules étant habituellement le siège de vives démangeaisons, elles sont, aussitôt après leur apparition, détruites par le grattage, et, par conséquent, on les trouve recouvertes d'une croûtelle sanguine noire. D'autre part, le même développement ayant aussi lieu successivement dans les papules et dans les simples taches, on aperçoit des dessins variés et caractéristiques formés par des taches de la dimension d'une lentille et même d'une pièce d'un centime, dont le centre présente une croûtelle

---

véritables papules ou des tubercules vrais, tels que ceux de la syphilis ou de la lèpre. Voyez au Musée de l'hôpital Saint-Louis, la pièce nº 1286 (Hallopeau); elle représente un érythème papuleux nodulaire des deux mains, chez un nègre; les nodosités érythémateuses simulaient les nodosités lépreuses à ce point que le diagnostic a pu paraître un moment ambigu ; c'était un des nombreux types d'érythème papuleux, de la variété livide et torpide. — *Érythème pernio papuleux.*

Communément elles sont confondues avec des éléments vraiment néoplasiques et dénommées de la manière la plus diverse et la moins légitime par les mots de « lichen aigu », de « strophulus », etc., etc., bien qu'elles ne comportent aucune prolifération néoplasique et qu'elles soient du type érythémateux pur : l'exsudat albumineux qui les constitue est résorbé plus ou moins rapidement, et il n'y a aucune ébauche d'organisation définitive.

Le nodule érythémateux peut être presque complètement affaissé par compression extemporanée à la manière de l'œdème; il est essentiellement éphémère, et sa durée individuelle ne dépasse guère un septenaire, souvent beaucoup moins.

Très fréquemment, la nodosité érythémateuse, qui varie du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, se couronne d'une *vésicule*, ou d'un point ombilical de régression auquel correspond une croûtelle sèche, noirâtre, quelquefois impétigineuse. D'autres fois, le processus est renversé, et cela s'observe surtout chez les enfants du premier âge; la vésiculation fruste, que nous venons d'indiquer, est alors *le premier* phénomène appréciable; c'est ultérieurement que le nodus se développe.

Anémiques, hyperémiques, ou livides, rarement hémorrhagiques, les papules érythémateuses émergent du tissu sain ou érythémateux, souvent un peu œdématié au voisinage ; elles peuvent être disposées sans ordre, en plaques irrégulières ou, par leur groupement, former des lignes, des anneaux, des demi-cercles, des croissants.

L'observation suivante fournit un type précis de l'une de ces nombreuses variétés d'érythème papuleux, pur ou prédominant, à éléments très variables, de dimension, et dont la vésiculation accessoire déroute souvent le praticien. Le malade qui en fut l'objet était dans nos salles en 1878; nous eûmes l'honneur de le montrer au professeur Kaposi,

sanguine, à laquelle succède une surface rouge bleu, déprimée et entourée d'un bord rouge, élevé.

Enfin, par suite d'une exsudation ultérieure dans les papules, il se produit quelquefois aussi des vésicules, sous forme d'efflorescences en général très dures, transparentes comme de l'eau, remplies d'une plus ou moins grande quantité de liquide aqueux, lesquelles progressent de nouveau, comme il est facile de le comprendre d'après le type que j'ai décrit. Le centre de la papule se déprime au bout de quelques heures, se colorant en rouge bleu, tandis que le liquide qu'elle contient est résorbé, et que la cyanose de la base devient visible ; il se forme un bord dur, rouge, élevé, bien tranché, qui progresse du côté de la périphérie, sur lequel existe une couronne de ces vésicules. On a ainsi l'*érythème vésiculeux* et, dans le dernier cas, un *herpès circiné.*

Quelquefois on trouve au centre une vésicule ancienne ou de date

---

et c'est par lui-même que fut porté le diagnostic d'*érythème papuleux.*

Un jeune homme de seize ans, employé aux réparations du navire *le Frigorifique*, est atteint d'une éruption qui débute par la face et qu'il attribue d'abord à des piqûres d'insectes; mais au bout de quelques jours les « boutons » ne cessant de se multiplier et s'étendant sur tout le corps, il réclame son admission à l'hôpital Saint-Louis et est placé dans notre service.

L'éruption qu'il présente se compose de petites élevures arrondies ou coniques, du volume d'un grain de mil à un pois, pleines, solides, plus visibles encore au toucher qu'à l'examen oculaire, d'un rouge vif disparaissant sous la pression du doigt, tendues, luisantes; isolées, cohérentes par groupes, ou confluentes avec ou sans érythème interpapuleux. Pour plusieurs, le sommet *semble* vésiculeux, surtout au début de la formation de l'élément qui est, alors, presque blanc; mais la coloration érythémateuse se dessine aussitôt que la papule proprement dite est constituée. C'est ce point qui, avant le décours de la papule, sera excorié par le grattage, laissera écouler une gouttelette sanguine formant croûtelle, ou une minuscule sécrétion impétiginiforme.

Les *localisations* sont caractéristiques : à la face, disposition irrégulière, mais générale, y compris sur les oreilles ; les groupes principaux sur les joues, le front, les paupières; le menton et les lèvres en sont le moins garnis. Aux avant-bras, papules discrètes, confluentes sur le dos des poignets, de la main et des doigts, où elles sont aussi plus grosses, pisiformes; quelques-unes déjà en régression et ayant laissé une macule, une petite croûtelle sanguine ou melliforme. Aux jambes, au contraire, papules plus petites, mais avec érythème interpapuleux prédominant, teinte livide, et ne disparaissant pas entièrement sous la pression du doigt, qui laisse une faible empreinte à fond plat. Au sommet de presque toutes les saillies, légère exfoliation, avec croûtelle sanguine minuscule.

Phénomènes généraux presque nuls. Prurit perçu, et pénible, seulement aux mains.

Après huit jours, tout était effacé, à l'exception de quelques petites nodosités encore perceptibles au toucher sur les avant-bras.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

récente, à la périphérie une couronne de vésicules, parfois même une troisième couronne centrale qui entoure la précédente, — *herpès iris* (1).

Enfin, sur une partie quelconque ou sur plusieurs parties, au centre ou à la périphérie des efflorescences, l'épiderme peut être soulevé sous forme d'une grosse bulle, — *érythème bulleux* (2).

---

(1) Appeler « herpès » circiné un *érythème* vésiculeux annulaire, est inacceptable dans le langage dermatologique exact ; l'herpès est un genre dermatologique, et faire de la désignation spécifique qui lui appartient exclusivement un terme banal, appliqué aux affections vésiculeuses d'une autre nature qui peuvent le simuler, est incorrect. De même, c'est érythème iris qu'il faut dire et non « herpès iris ».

E. B. — A. D.

(2) Tous les érythèmes peuvent accidentellement présenter, sur un ou plusieurs points, des soulèvements vésiculeux, bulleux et même phlycténoïdes, sans sortir du type commun de l'érythème multiforme; mais, dans quelques cas, la phlycténisation est si accentuée, ou si particulière, qu'elle fait partie essentielle de la forme dermatologique, et que l'érythème doit être qualifié de *vésiculeux* ou de *bulleux*. Dans ces espèces d'érythèmes, tantôt la phlycténisation est diffuse, tantôt elle est nettement figurée, et l'on peut au milieu de l'infinie variété des cas particuliers, y reconnaître trois groupes principaux. — *a*) Érythème bulleux diffus commun; — *b*) érythèmes bulleux figurés à la manière de l'herpès, du pemphigus, etc. ; — *c*) érythème bulleux figuré, nummulaire, circiné, en cocarde, etc., ou érythème hydroa.

a) *E. bulleux diffus commun.* — Dans ce groupe, l'éruption générale reste uniformément érythémateuse, constituée de papules, de disques ou de plaques; un plus ou moins grand nombre de celles-ci portent *des vésicules*, les unes à leur centre, les autres sur toute la surface; ces vésicules, miliaires, pisiformes, ou véritablement phlycténoïdes, sous forme de petites bulles. L'évolution en est très rapide ; au début, la plaque est rosée et nodulaire; très promptement elle s'affaisse et subit la régression maculeuse et hématique. Tantôt, le même type se retrouvera sur tous les points du tégument ; tantôt, il variera selon les régions : hydroïque aux mains, papuleux ou érythémateux simple à la face, derrière les oreilles et à la nuque, en plaques aux cuisses, et en nodosités au-devant des tibias.

b) *E. bulleux larvés.* — Figurés à la manière d'autres affections telles que la dysidrose, l'herpès, le pemphigus, etc. Dans ces formes, l'érythème n'est plus aussi manifeste au premier abord; le type est à ce point déformé qu'il simule diverses autres affections que l'on confond en raison de cette apparence, et quelquefois même, nous le verrons en traitant des dermatites bulleuses multiformes, la question est fort ardue.

c) *Érythème bulleux figuré; Érythème hydroa.* — Dans cette espèce particulière d'érythème phlycténoïde, le soulèvement exsudatif de l'épiderme et l'érythème se disposent concentriquement de façon à former des éruptions en cocardes ou à cercles concentriques, — érythème ou

J'ai compris, dans cette description, tous les types possibles de développement de l'érythème, depuis l'érythème simple jusqu'à l'éry-

---

« herpès » iris des auteurs et que Bazin a décrites parfaitement sous le nom d'*hydroa vésiculeux*. Le terme d'hydroa *isolé* est sans valeur en raison de sa signification étymologique qui l'a fait attribuer à des affections essentiellement distinctes. Nous l'appliquons, comme qualificatif, à une affection cutanée caractérisée par des taches érythémateuses discoïdes plus ou moins grandes, centrées par des vésicules ou par des bulles, et qui, par la diversité des couleurs disposées en anneaux autour du disque central, offrent un aspect typique; ayant une symptomatologie spéciale et une faculté récidivante toute particulière. Voici quelques type pris dans nos observations personnelles :

I. *Érythème hydroa, type hydroa vésiculeux* de Bazin.

Jeune femme de vingt ans, atteinte déjà cinq fois auparavant de la même éruption. Début par anorexie, céphalalgie, aphonie. A l'entrée à l'hôpital Saint-Louis, fin du premier septenaire de la maladie, on constate, en même temps qu'une pharyngo-laryngite érythémateuse, une éruption limitée aux membres surtout du côté de l'extension et comprenant les éléments suivants : *a*) plaques rosées, très légèrement saillantes, de la dimension d'une pièce de un franc, ayant, au centre, une petite croûte noire sèche adhérente, punctiforme; — *b*) plaques rosées plus larges, entourant une ligne d'érythème livide qui circonscrit, elle-même, une phlyctène annulaire affaissée, au centre de laquelle se retrouve, comme un ombilic, la croûtelle punctiforme centrale; — *c*) plaques rouge-livide, centrées par une phlyctène pleine, résistante, ronde ou ovalaire par réunion de deux bulles voisines ; en quelques points, le liquide de la vésicule est transparent, en d'autres opaque, pour quelques-unes sanguinolent; — *d*) phlyctènes pisiformes, translucides, supportées par une papule à peine plus large ; — *e*) à la face palmaire, quelques petites saillies papuleuses discrètes, quelques-unes avec un sommet phlycténiculaire très fruste ; aux membres inférieurs, l'œdème érythémateux simple domine sous forme de placards ou de papules surtout agminés autour des genoux et aux régions fessières ; — *f*) sur la peau de la lèvre inférieure, confinant la partie rouge, une vésicule entière herpétiforme; — *g*) sur la partie muqueuse, plusieurs taches rouges arrondies, vésicules affaissées ou rompues, à surface diphtéroïde ; — *h*) une vésicule affaissée sur la paupière supérieure à gauche.

II. *Érythème hydroa typique récidivant.*

Un jeune ouvrier de dix-sept ans entre à l'hôpital Saint-Louis le 30 février pour une éruption qui date de cinq à six jours ; il rapporte que, depuis plusieurs années, cette affection se reproduit chez lui tous les cinq ou six mois, et guérit toujours dans l'espace d'une à trois semaines, soit sans médication, soit sous l'action de médications diverses.

Début par phénomènes fébriles accompagnés presque immédiatement de taches sur différents points du corps, et au bout de deux ou trois jours seulement, sur les lèvres. Au sixième jour, l'éruption, déjà au déclin en quelques points, occupe la face et les membres. Taches érythémateuses rouges, rondes, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs en argent, et même au delà ; les plus larges au niveau des coudes et des genoux; peu d'épaississement à leur niveau ; bords nettement

thème papuleux, vésiculeux et bulleux et l'herpès iris et circiné. Vous pouvez en conclure que toutes ces variétés procèdent d'une forme fon-

---

limités pour tous les éléments petits ou moyens, zone érythémateuse entourant une surface blanche, comme macérée, plissée ou non. Sur quelques-unes, vésicules ou bulles pisiformes pleines d'un liquide clair; sur d'autres, le liquide a disparu sans rupture apparente de la couche cornée, affaissée, ou restant encore soulevée à la périphérie, avec ombilic central; en quelques points enfin, l'épiderme, enlevé mécaniquement, a laissé se concréter une croûte jaune, molle et humide, au-dessous de laquelle on voit le réseau, rouge granuleux.

En même temps, labialite et stomatite intenses : sur les lèvres, plusieurs disques occupant à la fois le bord libre et la portion cutanée, offrant une croûte jaunâtre reposant sur un disque érythémateux formant alentour un cercle rouge, érythémateux. Tuméfaction générale de la muqueuse bucco-pharyngée; les gencives, la langue, surtout à la pointe et sur les bords, la face interne des joues, la muqueuse palatine dans sa moitié postérieure, présentent des ulcérations superficielles dont le fond est recouvert d'un détritus jaune grisâtre, et dont les bords légèrement saillants sont cerclés par un anneau rouge des plus vifs; telle est la confluence des éléments que les zones érythémateuses se confondent, et que la cavité buccale est entièrement rouge. Pharynx très difficile à examiner, ne semblant pas avoir de lésions figurées, mastication impossible, salivation très abondante, parole difficile, haleine extrêmement fétide.

Il ne se fait pas de nouvelles poussées, et l'amélioration est si rapide que le malade quitte l'hôpital le 25 février, l'éruption cutanée éteinte, la localisation buccale, détergée.

La légitimité de l'annexion de cette espèce dermatologique à l'érythème ne saurait être contestée; d'une part, on note fréquemment la coexistence de l'iris vésiculeux avec l'érythème typique papuleux ou noueux, et dans tous les cas, il y a des disques érythémateux offrant cette particularité que, petits ou grands, on trouve à leur centre un vestige de croûtelle ombilicale. Toujours importantes pour le diagnostic, — car elles peuvent faire retrouver la nature de la maladie, même dans le cas d'éruption confluente alors que tous les points de contact des disques sont confondus et que leur réunion forme des nappes violâtres — les croûtelles ombilicales répondent à la vésicule initiale éphémère.

Morphologiquement, l'érythème hydroa forme une transition entre les érythèmes et les dermatites multiformes vésiculeuses et bulleuses; il peut être, dans les cas frustes, presque exclusivement érythémateux, à peine différencié par un soulèvement épidermique ne représentant qu'une simple macération épithéliale, et par la croûtelle centrale, tandis que, dans les cas intenses, on peut rencontrer des bulles de toutes les dimensions et des phlyctènes. A ces dernières limites, la distinction est très difficile à établir entre les dermatites bulleuses et l'hydroa vrai; la plupart des cas qui correspondent à l'hydroa bulleux de Bazin appartiennent en réalité au groupe nouveau des dermatites bulleuses multiformes, sans que la différenciation soit encore complètement motivée dans tous les points.

damentale, et offrent par conséquent un seul et même processus. La multiplicité de leurs formes justifie leur nom générique d'érythème

---

Dans les limites où nous le renfermons, l'hydroa est une *espèce* d'érythème, une variété de l'érythème multiforme, et une des plus communes; il est caractérisé par des disques érythémateux, très souvent livides — il y a des sous-variétés qui appartiennent à l'E. pernio — partiellement vésiculeux ou bulleux sur la peau, diphtéroïdes sur les muqueuses. Le début a lieu par une tache érythémateuse discoïde, au centre de laquelle se fait un soulèvement épidermique d'abord punctiforme, et accusé d'ordinaire seulement par un aspect nacré ou opalescent, ultérieurement par une petite croûtelle épidermique, centrale, ombilicale, qui en fait le cachet. A la périphérie, le soulèvement épidermique fruste, ou décidément phlycténoïde, peut se reproduire soit annulairement, soit sur quelques points seulement de la périphérie; ces aspects divers ont donné lieu aux dénominations d'E. en cocarde, d' « herpès » iris, voire même de « pemphigus » à petites bulles. Les variétés sont nombreuses,les caractères souvent frustes; de là, de réelles difficultés de diagnostic pour les médecins n'ayant pas fait d'études dermatologiques.

Comme dans toutes les variétés d'E. phlycténoïde, on peut trouver dans l'E. hydroa des bulles *aberrantes*, c'est-à-dire nées sur un point non érythémateux; mais, la phlycténisation isolée n'est qu'une exception dans l'éruption envisagée d'un coup d'œil d'ensemble ; c'est de cet ensemble et non d'un élément isolé qu'il faut tirer conclusion; la présence des bulles aberrantes dans un érythème n'a pas plus de valeur éliminatoire que n'en a une poussée érythémateuse épiphénoménale au cours d'une dermatite bulleuse multiforme.

Dans tous les cas d'E. hydroa, on peut trouver des *localisations sur les muqueuses;* il en est même dans lesquels ces localisations acquièrent une extrême intensité, prédominent hautement, ou sont presque exclusives. La prédominance peut avoir lieu, et a lieu le plus souvent, dans la cavité buccopharyngée, aux lèvres, aux orifices ano-génitaux; il peut y avoir, en même temps, une éruption très fruste sur le corps, ou, au contraire, la manifestation d'E. hydroa la plus caractéristique au dos des mains, aux coudes, aux genoux, etc.

Extrêmement tenace et récidivante, cette forme est souvent confondue sur la peau et sur les muqueuses avec la plaque syphilitique, la stomatite ulcéromembraneuse, surtout dans les cas où la lésion cutanée est éphémère, ou a disparu en partie; mais même sur la peau, ainsi que nous le rappellerons plus loin à propos des syphilides, il peut y avoir ambiguïté, même après l'extinction de l'éruption en raison de la macule pigmentaire consécutive.

D'un autre côté, ce n'est pas le seul E. hydroa qui peut se localiser sur les muqueuses, toutes les variétés d'E. multiforme, et même la phlycténisation des dermatites, peuvent se trouver aussi sur les mêmes points.

Mais dans l'E. hydroa des muqueuses il y a plus qu'une localisation éventuelle, il y a une détermination essentielle qui a été par-

polymorphe, et les différentes dénominations qui précèdent s'appliquent de la manière la mieux appropriée au type prédominant dans chaque cas spécial (1). Toutes les efflorescences se terminent en laissant

---

faitement décrite par E. Quinquaud. — Voy. Stomatite de l'hydroa ou hydroa buccal, *in Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1882, p. 269, et Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 618. — Quinquaud décrit quatre phases dans l'évolution : « 1° *Période érythémateuse.* Elle ne reste que quelques heures à l'état de phase congestive, se montrant par plaques allongées, arrondies ou ovalaires dans les divers points de la cavité buccale. Très rapidement, elle passe à la seconde phase. 2° *Période érythémato-phlycténoïde.* Sur les taches érythémateuses, on voit se produire un soulèvement des couches superficielles de la muqueuse qui aboutit tantôt à un exsudat superficiel mucofibrineux, tantôt à un exsudat mixte sérofibrineux. Ces exsudats sont toujours à la surface, de peu d'épaisseur, ne formant pas de stratifications comme dans la diphthérie, ni d'accumulations comme dans le muguet; à ce moment, on voit des vésicophlyctènes..... 3° *Période d'exulcération.* L'épithélium se détruit ; alors apparaissent des plaques opalescentes de formes différentes, simulant des plaques muqueuses très humides, d'un blanc grisâtre opalin. 4° *Période de réparation.* Les exsudats se résorbent, s'éliminent, les exulcérations se montrent d'un rouge vif, et se mettent peu à peu de niveau avec la surface de la muqueuse; enfin, la cicatrisation termine le processus. On retrouve encore, un mois ou deux après la fin, des sortes de macules, indice des transformations vasculo-hématiques. »

Les phénomènes fonctionnels locaux sont troublés au prorata de l'intensité de l'éruption ; il y a de la dysphagie buccale, de la salivation, et même un peu de fétidité, mais il n'y a ni l'adénopathie, ni la salivation extrême, ni la fétidité intense, ni les *ulcérations* véritables de la stomatite ulcéromembraneuse.

Comme dans tous les érythèmes, le pronostic local de l'hydroa est bénin, la réparation rapide, les indications thérapeutiques des plus simples et purement symptomatiques. Inutile de dire qu'il n'y a pas de médication spécifique, pas même la médication iodopotassique. Contre les récidives, l'hygiène générale du sujet, réglée selon ses conditions personnelles propres, est le meilleur préservatif; les alcalins et les arsenicaux semblent, dans quelques cas, pouvoir être utilisés avec bénéfice dans l'intervalle des éruptions.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cette simple mention ne suffit pas tout à fait à caractériser le polymorphisme dans les érythèmes, où la multiplicité des formes dermatographiques, non moins que celle des variétés cliniques, est illimitée ; passez vingt années de votre existence médicale à observer et à collectionner les cas d'érythème, et chaque année vous apportera des formes encore inobservées; non seulement cette variété défie toute description complète, mais il faudrait des catégories à l'infini si l'on voulait classer tous les faits en séries méthodiques ; les auteurs qui en ont fait l'essai

après elles une pigmentation brune, sans desquamation; c'est seulement

---

ont échoué régulièrement, et n'arrivent qu'à produire des compilations indigestes et inutiles.

Qu'il suffise de savoir que, chez un même sujet, on peut observer tous les types décrits, des taches, des papules, des tubercules, les uns simplement hyperhémiques et œdémateux, les autres hémaphéiques ou hémorrhagiques, des vésicules, des bulles, des phlyctènes, voire même aberrantes ou paradoxales. Bien plus, ce n'est pas seulement par la diversité des éléments observés dans une même éruption que l'érythème est multiforme; c'est encore par la polymorphie de chacun de ces éléments sur un même sujet, ou sur des sujets différents; les taches arrondies coïncident avec des suffusions absolument irrégulières, réalisant des variétés et non des formes distinctes; les papules parcourent une gamme très étendue depuis la saillie miliaire, plus appréciable au toucher qu'à la vue jusqu'à des saillies nodulaires considérables avec toutes les nuances de coloration, et avec ou sans phlycténisation du sommet ou de la périphérie; les plaques profondes, véritables tubercules érythémateux par leur pénétration dans l'hypoderme, arrondies ou ovalaires, forment souvent de vastes agglomérats sans contours définis et sans forme déterminée, ne différant en rien, ni comme nature ni comme composition élémentaire, de toutes les autres déterminations de l'érythème, si ce n'est que leur processus étant plus profond, le caractère hématique est plus accentué, et les troubles des couches superficielles, la phlycténisation, plus rares et moins accentués.

Dans le cours d'une même série, les lésions éteintes renaissent sur le même lieu, et l'on peut voir, sur le fond maculeux ou ecchymotique d'un placard en décours, reparaître une nouvelle génération de papules érythémateuses. En même temps que l'éruption première rétrocède à la périphérie où elle n'était pas encore complètement effacée; on voit reparaître, au centre, des papules qui, en se réunissant, reproduisent en entier le processus premier, y compris l'œdématie. Ailleurs, ce sont des taches qui, restées plusieurs jours immobiles et plates, s'élèvent, s'œdématient ou se bossellent de nodules, en même temps que des taches, des papules, et des plaques nouvelles apparaissent alentour ou au loin.

Il faudrait, pour donner un tableau de cette excessive variabilité, érouler une nombreuse série de cas. En voici très succinctement quelques-uns pris parmi un grand nombre d'autres qui en diffèrent tous, en même temps qu'ils diffèrent entre eux.

I. Une ouvrière de quarante ans, atteinte de tubercules pulmonaires avec bronchite, et occupée à un travail pénible, est prise de douleurs tibio-tarsiennes, avec œdème au niveau duquel on voit presque aussitôt apparaître des taches érythémateuses; la fièvre qui accompagne ces divers phénomènes force la malade à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Œdème des membres inférieurs, vastes placards d'érythème maculeux, à teinte livide, occupant la moitié inférieure des jambes. Autour des genoux qui sont peu douloureux, éruption d'érythème papuleux vulgaire. Aux membres supérieurs, sur le dos des mains et sur la partie dorsale du poignet, érythème en disques de la di-

dans les points où une exsudation plus forte a eu lieu, c'est-à-dire dans les formes vésiculeuses et bulleuses, que par la dessiccation il se produit des croûtes et des squames (1).

En dehors de ces phénomènes objectifs, je n'ai pas à signaler d'autres

---

mension d'une pièce de 50 centimes à un franc, bordés d'une ligne rouge livide entourant une surface macérée phlycténoïde, centrée, uniformément par la petite croûtelle caractéristique de l'érythème hydroa.

Pendant les trois septenaires que dure la période active, et en même temps que l'on constate à la face, à la nuque, aux cuisses et à la région dorsale du tronc, des manifestations érythémateuses variées mais restant frustes, on voit, d'une part, l'érythème des membres inférieurs prendre les proportions d'un érythème noueux à aspect lymphangitique occupant toute la région tibiale des deux côtés, tandis que, jusqu'à la terminaison, l'éruption conserve, aux membres supérieurs, les caractères de l'E. hydroa typique. Entrée à l'hôpital le 11 avril 1878, la malade en est sortie guérie le 13 mai.

II. Un garçon de café de vingt ans. Éruption disséminée sur la face, les avant-bras, les jambes, évoluant depuis peu de jours; début par une tuméfaction œdémateuse diffuse, érythémateuse, sur laquelle apparaissent des papules, les unes sèches, les autres, moins nombreuses, couronnées d'une vésicule assez volumineuse. Aux jambes, la suffusion œdémateuse, au lieu d'être érythémateuse, est hématique, ne disparaît pas sous la pression du doigt. A la face, les bulles sont plus nombreuses, leur rupture est suivie de l'écoulement et de la concrétion d'un liquide gommeux impétiginiforme. Guérison complète spontanée en très peu de jours.

III. Homme, trente-sept ans. Début arthralgique (douleur subite dans un genou, bientôt étendue à d'autres articulations); le troisième jour, éruption de taches rouges débutant par les membres inférieurs, s'étendant ensuite à l'abdomen, puis aux avant-bras, le visage, la nuque. A l'entrée à l'hôpital, huitième jour, érythème papuleux et noueux aux membres inférieurs, les papules groupées surtout autour des jointures.

Sur l'abdomen, érythème à grandes plaques diffuses, avec quelques rares vésicules; à la face dorsale des avant-bras, disques érythémateux livides recouverts de bulles plates affaissées déjà en régression. Sur l'un des avant-bras, une seule plaque érythémateuse diffuse, large de plusieurs travers de doigt.

On comprendra combien cette variabilité sans limites, cette instabilité de tous les phénomènes, ces récurrences ou ces cessations imprévues, rendent difficile le pronostic d'ensemble ou de détail, combien elles apportent de difficultés à interpréter l'action *véritable* des interventions médicamenteuses. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La desquamation dans l'érythème multiforme est très variable, et elle peut se produire en des points où il n'y a pas eu de transsudat apparent; d'ordinaire, elle est plus considérable quand ce transsudat a été manifeste, mais elle peut en dépasser l'étendue superficielle. Souvent les soulèvements vésiculeux ou bulleux subissent une déchirure ou une rupture, mais souvent aussi le liquide est repris par la circulation intercellulaire, et une pigmentation plus ou moins persistante est alors la trace dernière du processus morbide. E. B. — A. D.

phénomènes, notamment pas de fièvre (1), ni de symptômes subjectifs dignes d'attention; quelquefois une légère sensation de cuisson dans la forme papuleuse, dans le lichen ortié un prurit plus intense, parfois des douleurs réelles dans les articulations des doigts, du poignet, aux malléoles (2).

---

(1) Voy. plus loin la note 1, p. 371 et suiv. E. B. — A. D.

(2) Les choses sont aussi loin d'être simples : à toutes les périodes des érythèmes, on peut constater des troubles de la sensibilité générale, des hyperesthésies localisées aux éléments éruptifs, des névralgies, des mélalgies, des arthralgies, des arthropathies. Dans la période pré-éruptive, et même pendant l'éruption, on trouve parfois une véritable dermalgie, et des myalgies qui rendent très difficile l'appréciation du siège des douleurs accusées par les patients; c'est toujours de l'hyperalgésie; nous n'avons rencontré, digne de remarque, ni anesthésie, ni analgésie.

Le prurit, la brûlure, le picotement, sont souvent constatés pendant l'éruption.

Quant à l'hyperalgésie des éléments érythémateux, leur sensibilité à la pression, elle se produit toutes les fois où l'érythème forme un nodus petit ou grand; elle atteint son maximum dans l'érythème noueux, et elle constitue un très bon signe clinique pour différencier les nodosités de l'érythème de diverses autres altérations nodulaires, quelquefois même, elle survit à la régression. Il est entendu que, pas plus qu'aucune autre règle en érythématologie, cela n'est absolu, et que, plusieurs fois, notamment dans les érythèmes hématiques, ou livides, ou torpides, on ne trouvera de douleur ni objectivement, ni subjectivement.

Les névralgies concomitantes, pleurodynie, N. susorbitaire, tarsalgie, etc., sont plus rares.

Fréquemment il existe dans la continuité des membres des douleurs de siège vague, véritables *mélalgies*.

Enfin, très communément, on observe des localisations articulaires qui le plus ordinairement appartiennent à l'ordre des arthralgies; quand les régions douloureuses ne sont pas le siège immédiat de déterminations éruptives, on peut aisément constater qu'il n'y a habituellement ni tension, ni épanchement articulaire proprement dit; cependant ces phénomènes existent quelquefois; leur siège le plus habituel est dans les tissus péri-articulaires, gaines ou bourses synoviales, exceptionnellement dans l'article lui-même.

Toutes les articulations peuvent être le siège de la congestion et de la douleur qui en dérive; les grandes jointures, épaule, genou, sont le plus souvent atteintes; la symétrie est assez ordinaire, mais non constante, et si la pluralité des arthralgies est la règle, l'unité s'observe assez fréquemment. Nul rapport ne relie étroitement les arthralgies avec la localisation éruptive des érythèmes; on verra souvent les genoux libres de toute éruption dans le voisinage, ou les articulations tibiotarsiennes être très douloureuses, alors que la douleur sera nulle dans les jointures

La marche de l'érythème multiforme est, comme je l'ai dit, limitée d'une manière typique. Dans l'intervalle de deux à quatre semaines, à la rigueur de six semaines, le processus est, en général, complètement terminé. Il dure plus longtemps si les éruptions (chose très rare) s'étendent peu à peu à tout le tronc, et s'il survient de nouvelles poussées

---

radio-carpiennes couvertes par l'érythème cutané. Aux petites jointures le jugement est souvent ambigu ; par exemple, quand les doigts occupés par une poussée intense d'érythème papuleux sont le siège de douleurs, et il est fort difficile de démêler ce qui appartient à l'éruption cutanée de ce qui revient aux articulations proprement dites.

Jamais, à moins de coïncidence très rare, les arthropathies de l'érythème ne dépassent le type subaigu, et ne constituent ni par l'intensité, ni par la durée, ni par le cycle clinique réel et complet, quelque chose d'assimilable au rhumatisme articulaire aigu *vrai*.

Dans une pratique de la médecine longue et étendue, aussi bien dans les hôpitaux qu'au dehors, nous n'avons vu que très exceptionnellement un rhumatisme articulaire aigu *vrai* coexister régulièrement avec un érythème multiforme étroitement uni au complexus morbide. Et dans une étude aussi considérable et aussi approfondie que celle faite par nous de la question du rhumatisme sous toutes ses faces, nous avons acquis la conviction que notre observation est conforme à la réalité des choses. A l'époque où l'un de nous a écrit l'article RHUMATISME du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1875, et où l'on était loin de posséder les notions qui existent aujourd'hui, il n'a pas manqué de faire toutes ses réserves sur la valeur vraiment rhumatismale des éruptions qualifiées de ce terme banal, et de déclarer, dès cette époque, que ces éruptions étaient rares dans le rhumatisme vrai, très communes au contraire dans les pseudorhumatismes, et que, d'autre part, beaucoup de ces éruptions supposées rhumatismales n'étaient autres que des éruptions médicamenteuses ou toxiques. — Voy. *Art. cit.*, VII, pp. 606 et suiv.

En fait, c'est avec les divers types du pseudorhumatisme infectieux, que les arthralgies et mélalgies des érythèmes ont le plus d'analogie. Voici un sujet blennorrhagique pris d'érythème multiforme, il est tout impossible de déclarer si les manifestations hyperalgésiques qu'il présente appartiennent à la gonohémie ou à l'érythème; l'assimilation est entière. Dans les cas rares ou l'érythème polymorphe existe en même temps qu'un rhumatisme vrai, il ne représente rien autre chose que le témoignage d'une infection secondaire, ou associée, que l'état de la science permet aujourd'hui de mettre à son rang véritable.

Le plus ordinairement, les arthropathies, les arthralgies ou les mélalgies *précèdent*, quoique d'un temps très variable, l'apparition de l'érythème; quelquefois les deux phénomènes coïncident; plus rarement la douleur n'apparait qu'au cours de l'éruption déjà constituée. La durée des localisations articulaires est moindre en général que celle de l'éruption considérée dans son ensemble, mais tout cela avec la plus extrême

dans les points déjà malades, puisque chaque nouvelle tache exige pour sa complète disparition de huit à dix jours.

De même, un érythème compliqué d'exsudation séreuse plus intense, — un érythème ortié, herpétiforme, — durera par conséquent plus longtemps qu'un érythème simple.

Exceptionnellement, l'érythème peut aussi persister plusieurs mois et plus d'une année, mais il s'agit dès lors d'une série d'éruptions successives, chaque éruption conservant toujours une marche aiguë.

Je connais plusieurs cas de ce genre, entre autres celui d'un infirmier, dont l'érythème, herpès iris et circiné, a toujours donné lieu pendant deux ans à de nouvelles poussées.

Dans ces circonstances, la pigmentation, au centre de certaines taches, est tellement intense, et la circonférence de ces taches, dans la plupart, tellement dure, qu'on pourrait croire par erreur avoir affaire à des papules syphilitiques dont le centre est en voie de guérison.

Il existe des anomalies très remarquables du type que je viens de décrire, d'abord quant à la localisation, puis aussi quant à l'intensité des phénomènes locaux ou concomitants et des complications. C'est ainsi que, quant à la localisation, la face dorsale des mains et des pieds peut n'être nullement atteinte ou ne l'être que plus tard, et l'éruption gagner principalement la face et le tronc, se limiter à une petite étendue de la peau, ou bien se généraliser, ou bien encore envahir complètement la paume des mains et la plante des pieds.

Ce qui est particulièrement digne d'attention, c'est l'apparition simultanée, tout à fait analogue aux lésions de l'enveloppe tégumentaire, de plaques rouges sur la muqueuse bucco-pharyngienne, dont l'épithélium prend rapidement un aspect grisâtre et se détache ; de sorte que les parties sont ulcérées et douloureuses ; chez les enfants, c'est une lésion très pénible.

Relativement à l'intensité des symptômes, il peut se produire localement une hémorrhagie abondante, accompagnée d'une infiltration dure, lesquelles s'étendent jusque dans le tissu sous-cutané. Il peut aussi survenir des phénomènes gastriques violents, des frissons, une fièvre intense (Gerhardt, Heubner), une vive inflammation, même l'ulcération

---

irrégularité ; il est rare cependant qu'elles survivent à la période floride de la maladie, et qu'elles demeurent persistantes à sa suite.

Ces variations dont la cause échappe, et qu'on rapporte en bloc aux idiosyncrasies, sont plus probablement en rapport avec la condition variable qui tient sous sa dépendance le phénomène éruptif commun, condition variable et éventuelle qui seule peut déterminer la diversité infinie du tableau symptomatique protéiforme échappant à toute description réglée. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

de la muqueuse du pharynx, des symptômes de dépression morale (Lewin) et des lésions articulaires graves. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, des hémorrhagies rénales revenant périodiquement (tous les quinze jours) pendant plusieurs mois, précédèrent l'apparition de l'érythème.

Parmi les complications et les suites de l'érythème multiforme, principalement de l'érythème noueux, on cite encore l'endocardite et la péricardite, la méningite, la tuberculose, l'insuffisance valvulaire, la pleurésie, la pneumonie (1); la mort est même survenue par suite de ces

---

(1) Il règne dans toute cette exposition, d'ailleurs trop rapide, une véritable confusion dépendant d'une fidélité voulue au type de la description de HEBRA; les phénomènes locaux et les symptômes généraux y sont énumérés dans un désordre réel; ce qui appartient en propre à la maladie, à quelques-unes de ses formes, à quelques-uns de ses types les mieux définis, est présenté comme se rapportant à des « anomalies »; les phénomènes généraux sont des « accidents » et les localisations viscérales des « complications ». Telle n'est point la réalité : nous-mêmes, à la vérité, nous avons proclamé que la multiformité des érythèmes était infinie, qu'elle variait dans des proportions et avec une richesse de détails qui défiaient toute description didactique, mais ce n'est qu'une raison de plus pour s'attacher à mettre un peu d'ordre dans ce complexus, et à simplifier autant que possible en se conformant aux principes nosologiques et aux habitudes nosographiques de la pathologie entière.

On peut éclairer suffisamment le lecteur en le prévenant d'abord que *l'ordre et la marche* des manifestations éruptives sont très variables. Quelquefois, pendant un ou deux septenaires, le patient continuant même à vaquer à ses occupations, il se produit une ou deux localisations seulement telles qu'une plaque, une nodosité, ou même une tache érythémateuse avec prurit ou hyperalgésie; puis elles sont déjà en régression quand éclate la généralisation. Le plus ordinairement, l'éruption affecte le mode subaigu subintrant, procédant par localisations successives, échelonnées à des distances qui n'ont rien de fixe. C'est le moins ordinairement que l'éruption se produit d'emblée dans toute son étendue, à la manière des déterminations cutanées des pyrexies exanthématiques vraies, érythémateuses, telles que la rougeole ou la scarlatine, sans en avoir jamais ni l'unité ni le cycle évolutif.

De même, il n'est pas ordinaire que le décours soit rapide et définitif comme dans les pyrexies à érythème : alors que l'amélioration est manifeste, qu'il n'y a plus ni accélération du pouls, ni chaleur fébrile, que la plus grande partie de l'éruption est en régression manifeste, que la desquamation a marqué la fin du processus éruptif en un grand nombre de points, on peut encore voir, pendant un ou deux septenaires, se reproduire de nouvelles poussées, et c'est seulement à la suite d'une série décroissante de manifestations éruptives que l'on arrive enfin à conclusion.

complications dans un nombre considérable de cas (10 sur 70 que Lewin a recueillis dans les auteurs). Il est évident que, dans ces cas, l'érythème

---

Lent ou brusque, le début peut être général ou local; dans le cas où quelques troubles pré-éruptifs apparaissent, ils n'ont rien de spécifique, et parcourent la gamme entière, comme variété et comme degré, des réactions organiques communes : hyperthermie, accélération du pouls, excitation ou abattement, malaises divers, courbature, mélalgies, arthralgies, névralgies et myalgies, céphalée, embarras gastrique, inappétence.

Très fréquemment, dans cette période pré-éruptive, on trouve des *localisations* pharyngées, laryngées, bronchiques, quelquefois intestinales.

La localisation *pharyngée* est très fréquente; on la trouve relatée dans presque tous les cas parmi les phénomènes de la période de prodromes ou de début; elle est habituellement éphémère, sauf dans les érythèmes généralisés ou scarlatiniformes dans laquelle son importance est beaucoup plus accentuée. Elle apparaît parfois pendant la durée de l'érythème, presque toujours sous l'action manifeste d'un refroidissement, et elle ne diffère en rien de l'angine pharyngée vulgaire, secondaire, si commune chez les sujets hospitalisés.

Au même titre, bien que moins fréquemment, on trouve, dans la période pré-éruptive ou pendant l'invasion, la *laryngite*, la *trachéite* ou la *bronchite*, sans que l'on puisse déclarer sur preuves si ces accidents sont des localisations de la maladie qui a l'érythème cutané parmi ses symptômes, ou bien si ce sont des accidents imputables aux causes banales qui ont provoqué l'explosion de l'érythème. Ce qui est certain, c'est que, d'ordinaire, ces phénomènes sont bénins, éphémères; nous ne les avons vus acquérir une intensité et une tenue dignes d'être notées que chez des tuberculeux suspects ou confirmés, chez des emphysémateux, etc., et l'exacerbation ou la recrudescence dont ils pâtissaient ne différait en rien de leurs crises habituelles.

Une fois la lésion cutanée établie, la plus extrême irrégularité de rapport peut être observée entre l'état général et l'état local; la réaction intense s'observe avec une éruption médiocre ou stationnaire, et l'on peut voir les phénomènes fébriles du début s'affaisser, l'éruption continuant son développement ou encore des exacerbations ou des rémittences survenir sans concordance obligée avec le processus éruptif; enfin, rien de connu ne permet de prévoir la durée d'une série de poussées qui se renouvellent ou cessent tout à coup, rendant ainsi le *pronostic* des érythèmes absolument ambigu et aléatoire.

Aucun type ne peut être individualisé dans le cycle fébrile; éphémère ou prolongée, la *fièvre* peut être rémittente irrégulièrement ou régulièrement, cesser brusquement pour reparaître ou non; les forces subsistent ou sont opprimées quelquefois jusqu'à donner l'aspect typhoïde le plus complet, ou à simuler l'état des sujets atteints d'endocardite infectieuse.

Les phénomènes subjectifs sont très variables, nuls ou plus ou moins accentués, hyperesthésie, brûlure, prurit, douleur. La température de

ne représente pas le processus essentiel, mais simplement un phénomène symptomatique, ainsi qu'il en est de beaucoup de roséoles. Aussi serait-il logiquement inadmissible de rapporter à l'érythème la termi-

---

la peau est normale, élevée, quelquefois abaissée ; quelquefois hyperidrose partielle ou généralisée soit au début, soit dans le cours, soit au déclin.

Tous les *viscères* peuvent entrer dans le complexus symptomatique sans que rien encore de scientifique et de précis permette de dire si les symptômes et les lésions qu'ils présentent sont, ou bien des localisations de l'érythème sur ces viscères, ou bien des complications au sens vrai du mot, c'est-à-dire des manifestations accidentelles dépendant d'une cause qui reste obscure, l'état protopathique dont l'érythème n'est qu'une manifestation.

a) *Lésions des voies respiratoires.* — Nous citerons d'abord les broncho-pneumonies, pneumonies, pleurites et pneumopleurites, légères ou graves, elles sont rares, quoiqu'on ait dit. — Voy. Talamon, Des complications pleuropulmonaires de l'érythème noueux, *Progrès médical*, 1883, — eu égard à la fréquence des érythèmes ; et cette rareté suffirait à elle seule pour rendre circonspect dans leur assimilation. On ne les observe guère que chez les tuberculeux, les emphysémateux ou sur des malades en état d'infection *multiple*. Si l'on veut bien se rappeler, d'autre part, que les pleurésies et pneumonies ont leur spécificité propre, il ne suffit pas de constater la coexistence des deux lésions chez un même sujet pour conclure à leur identité. Il n'en est pas de même à cet égard des érythèmes et des pyrexies érythémateuses spécifiques, dans lesquelles la constance de la coïncidence entre les lésions cutanées et muqueuses (dans la rougeole, par exemple) suffirait pour établir l'unité d'infection.

b) *Lésions du système circulatoire.* — Les localisations sur l'endocarde sont communes, et la relation qui unit ici la membrane séreuse à la peau dans les manifestations de l'érythème multiforme ne semble pas douteuse. Si l'on observe attentivement et *médicalement* les malades, si l'on examine le cœur chaque jour, après l'état normal *des premiers jours*, on constatera dans bien des cas, d'abord l'altération du rhythme avec égalisation des deux silences, puis des accès d'arhythmie, et de la tachycardie perçus ou non par le sujet, enfin le souffle endocardique le plus net, valvulaire, et tout à fait distinct des souffles vasculaires, immédiats et accidentels de l'anémie aiguë ou de la fièvre ; on suit l'évolution des phénomènes, et malheureusement, on constate ultérieurement chez quelques-uns la persistance *définitive* d'une insuffisance valvulaire. Aussi, loin de dire seulement au lit du malade que l'endocardite peut se présenter comme complication banale d'un érythème, avons-nous toujours soin d'indiquer, comme un *devoir*, l'obligation de surveiller attentivement le cœur dans tous les cas d'érythème multiforme, d'ausculter chaque jour, et d'*agir* sans hésiter contre cet état local, comme on le ferait dans un cas d'endocardite de quelque cause que ce soit. En effet, ces endocardites ne participent pas de la béni-

naison fatale. Je crois aussi pour ce motif ne pas devoir admettre la distinction d'une marche bénigne et maligne dans l'érythème multiforme, admise par Lewin, ni une forme « à pronostic grave » (Uffelmann) (1).

Abstraction faite de ces exceptions, le processus permet, en général, un pronostic favorable, puisqu'il se termine spontanément dans tous les cas (2).

---

gnité et du caractère résolutif des lésions érythémateuses de la peau ; elles n'appartiennent pas seulement aux cas d'érythème malin dans lesquels l'infection est manifeste, mais aussi aux formes cutanées les plus légères et les plus éphémères.

On a noté, enfin, quelques cas de *phlébite* liés au processus de l'érythème polymorphe, et qui peuvent, comme les lésions endocardiques, évoluer ultérieurement, à titre indépendant. — Voy. L. GIRODE. Phlébite dans l'érythème polymorphe, *in Ann. de Dermat. et de syph.*, 2e série, t. IX, 1888.

c) *Lésions viscérales diverses.* — Après le cœur, le rein : polyurie, oligurie, hématurie, albuminurie, c'est-à-dire troubles fonctionnels et lésions matérielles, peuvent appartenir au complexus symptomatique de tous les érythèmes; ainsi donc, l'examen de l'urine doit être poursuivi sérieusement chez les érythémateux et, nous le répètons, sans craindre de nous redire, tous ces états symptomatiques ou organopathiques doivent être attaqués directement, sans s'en rapporter à la nature médicatrice ; nous ajoutons que l'étude chimique, microchimique, expérimentale sous le rapport toxique, de l'urine des érythémateux est tout entière à faire.

Les phénomènes congestifs du foie et de la rate sont plus obscurs et surtout moins recherchés ; mais on peut être assuré qu'ils existent. L'hypersplénie qui se développerait au cours d'un érythème affirmerait sa nature infectieuse.

d) *Adénopathies.* — Il en est de même des *adénopathies* diverses qui ne sont pas rares dans l'érythème multiforme, et dont l'étude est à refaire ; fréquemment, l'angine du début s'accompagne d'adénopathie cervicale ; on trouve, en outre, des ganglions tuméfiés, à peu près indolents, à résolution assez rapide, et rappelant l'adénopathie si caractéristique de la rubéole, dans les centres lymphatiques correspondant aux points d'éruptions. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La distinction faite par LEWIN, UFFELMANN, et beaucoup d'autres, des érythèmes, en légers et en graves, en bénins et en malins, est absolument correcte, exacte, médicale; il n'y a pas à la contester, c'est une constatation de fait.

Ce serait seulement jouer sur les mots, de dire que ce n'est pas l' « érythème » qui fait la gravité de la maladie ou sa bénignité; lorsqu'on parle d'érythème grave, ou bénin, chacun s'entend, et veut dire que *la maladie* dont l'érythème est un élément est bénigne ou grave ; il n'y a pas lieu d'insister. E. B. — A. D.

(2) Les cas d'érythème graves ou funestes ne sont malheureusement

Avec un peu d'attention, le diagnostic de l'érythème multiforme est assez facile. L'apparition, telle que je l'ai décrite, de taches disséminées, dont les plus grandes présentent dans toutes les circonstances une dépression centrale rouge bleu, est un fait si tranché, qu'il est impossible de confondre cette éruption avec une autre forme morbide quelconque. Les variétés compliquées de papules et de vésicules ne sont pas moins caractéristiques.

Si, d'ailleurs, on peut reconnaître par la nature de chaque tache que la lésion initiale a commencé par un centre isolé; si, en même temps, on constate que le processus a débuté symétriquement à la surface dorsale des mains et des pieds, puisque ces régions offrent des indices de l'ancienneté de la tache (coloration confluente rouge bleu, jaune après la pression du doigt), tandis que sur le tronc on trouve des taches en voie de développement; si enfin on prend en considération leur rapide modification en quelques heures, il est tout à fait impossible de se méprendre sur le caractère de la maladie (1).

---

pas assez rares pour être dits exceptionnels; les statistiques de divers auteurs, celle de LEWIN en particulier, ne permettent pas cet optimisme. La terminaison par la mort est, à la vérité, rare, eu égard au grand nombre des cas d'érythème que l'on observe, mais il faut savoir qu'elle peut se produire. E. B. — A. D.

(1) S'il est vrai que, dans beaucoup de cas, le diagnostic général des érythèmes est aisé, il est loin d'en être toujours ainsi; souvent il faudra l'observation attentive, et plus ou moins prolongée, la considération des phénomènes accessoires, des anamnestiques, etc., pour pouvoir se prononcer.

Pour la variole, par exemple, pendant la période pré-éruptive, et durant les premières phases, la confusion peut s'établir avec un érythème; en effet, les rash, d'une part, de l'autre les érythèmes papuleux prépustulaires peuvent être simulés par quelques cas d'E. multiforme, localisés aux plis articulaires, ou prédominants à la face et au dos des mains. A un examen incomplet, la confusion peut se faire et se fait, puisque dans les services d'isolement pour la variole on voit chaque année envoyer un certain nombre de ces malades; à un examen plus attentif et plus complet, ou renouvelé à vingt-quatre heures d'intervalle, il est exceptionnel que le diagnostic ne se déclare pas aisément; l'essentiel est d'être prévenu de la possibilité de ces erreurs, et d'être en garde.

Pour l'érythème à petites papules, ou à nodules tuberculiformes, nous avons montré déjà que la confusion avec des nodosités syphilitiques ou lépreuses était possible, et nous avons également fait voir les difficultés spéciales attachées au diagnostic de l'E. hydroa.

Nous avons fait entrevoir, d'un autre côté, l'ambiguïté très réelle qui réside dans la distinction de certains érythèmes vésiculeux ou

Outre ses attributs positifs déjà spécifiés, on peut facilement distinguer, à l'absence de desquamation, l'érythème de l'herpès tonsurant et du psoriasis (qui apparaissent également sous une forme circinée), de la syphilide annulaire, à l'absence de cette infiltration spéciale qui ne s'efface pas sous la pression du doigt (1).

Nous ne connaissons point la cause de ce processus si remarquable. Il est hors de doute qu'il s'agit d'une hyperhémie capillaire et d'une parésie consécutive des capillaires les plus ténus, les phénomènes cliniques le démontrent d'une manière évidente.

D'après cela, si, depuis Landois, on présente ce processus comme

---

bulleux avec diverses affections appelées herpès fébrile, pemphigus à petites bulles, dermatites multiformes vésiculeuses et bulleuses.

Signalons enfin la série nombreuse des érythèmes de la première enfance, dans lesquels une multiformité spéciale, et parfois étrange, donne à ces érythèmes un aspect paradoxal qui éveille l'idée d'affections absolument différentes. Telle, avant toutes les autres, une variété d'érythème vésiculeux, excentrique, à types divers, mais dont le plus remarquable, disposé en éléments isolés ou cohérents par groupes, au pli de l'aine, dans les plis cruraux, à l'anus et à la vulve, réalise des disques vaccinoïdes simulant à ce point les disques vaccinaux, ou les plaques syphilitiques communes qu'elles ont été certainement, jusqu'à ces derniers temps, régulièrement confondues avec elles. — Voy. E. Besnier. Syphilis infantile. — Syphilides et Syphiloïdes, *in Bulletin médical*, 1887, p. 499.

Cette variété de syphiloïde infantile n'est pas la seule qui puisse induire le médecin en erreur et tenir en échec l'attention la mieux éveillée. — Voy. sur ce sujet L. Jacquet, Des érythèmes papuleux fessiers post-érosifs, *in Revue des maladies de l'enfance*, mai 1886, p. 208, et des Syphiloïdes post-érosives ; Étude de pathologie cutanée infantile. Thèse de Paris, 1888 ; — Sevestre, De l'érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants, *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* Paris, 1887, p. 835. — Sans doute, le médecin en général ne peut pas connaître à fond toutes ces difficultés, mais une fois dûment averti de leur existence, il se tiendra en garde.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Tout est possible, et, dans des circonstances extraordinaires, tout peut être confondu ; cependant, nous laisserons de côté la supposition que l'on pourrait prendre un psoriasis pour un érythème multiforme, et réciproquement ; nous n'admettons pas la confusion supposée avec l'« herpès tonsurant » ; l'herpès tonsurant vrai du tégument, dans les cas très rares où il est généralisé, ne saurait en aucune manière être confondu avec l'érythème multiforme, nous l'établirons plus loin ; quant aux syphilides, cela peut être parfois véritablement à examiner, surtout dans certaines formes d'érythème hydroa fruste ou d'érythème papuleux, circiné ou non. Ernest Besnier. — A. Doyon.

une angionévrose, je veux bien accepter cette dénomination, car elle indique brièvement que le processus est provoqué par une modification brusque dans le mode d'innervation des quelques districts vasculaires. Mais dans cette catégorie créée par l'observation physiologique se trouvent encore d'autres processus qui n'ont cliniquement rien de commun avec les érythèmes, comme je l'ai précédemment indiqué en détail; de sorte qu'on doit se tenir en garde contre une erreur, qui consisterait à admettre que l'idée d'angionévrose serait absolument identique à la notion clinique de l'érythème multiforme et se confondrait avec elle. Aussi cette expression n'explique rien de plus que ce qu'enseigne le tableau clinique ; car nous ignorons toujours si ce sont les nerfs vasculaires périphériques ou les centres vasomoteurs qui sont affectés et comment ils le sont (1). Nous savons seulement que dans certaines saisons on en observe régulièrement un grand nombre, spécialement en mars, avril, octobre, novembre, en même temps que des cas de zoster, bien qu'on le rencontre aussi, mais isolément, dans d'autres mois; que certaines personnes sont quelquefois atteintes d'érythème pendant deux à trois ans, à peu près dans la même saison (type annuel), et qu'enfin les jeunes gens des deux sexes fournissent en général un contingent plus considérable à cette maladie que les adultes et des personnes plus âgées.

Quant à la fréquence de la maladie qui se présente comme une petite épidémie à certaines époques de l'année et au type annuel que l'on observe souvent, outre les complications fréquentes de douleurs articulaires qui se manifestent tout particulièrement dans les deux formes d'érythème dont il va être question, il n'est pas tout à fait invraisemblable qu'il y ait peut-être un rapport entre le rhumatisme articulaire, c'est-à-dire la cause qui le provoque, et l'érythème multiforme. Mais comme l'étiologie du rhumatisme articulaire est non moins obscure que celle de l'érythème, cette hypothèse n'explique rien. Le fait d'une cause bactérienne qui expliquerait mieux encore l'apparition épidémique et annuelle de la maladie n'est pas moins hypothétique.

Le genre de vie et d'existence, l'action de causes extérieures, la constitution générale, certains aliments déterminés, telle ou telle boisson spéciale ne paraissent avoir aucune espèce d'influence sur le développement de la maladie (2).

---

(1) Cela est parfaitement vrai, nous l'avons déjà dit — Voy. note 1, page 332, — mais cela infirme le titre même du chapitre qui est « angionévroses typiques ». E. B. — A. D.

(2) Nous sommes d'un avis tout opposé ; si aucune des conditions ci-dessus énoncées ne peut être réclamée comme cause proprement dite,

D'après Hebra, les causes locales sont tout à fait étrangères à la production de l'érythème multiforme, sans, cependant, être à même d'en indiquer d'autres positives.

Or, en présence d'un processus dont l'étiologie est encore complètement inexpliquée, il importe de citer tous les faits. J'ai vu déjà plusieurs fois un érythème iris consécutif à une friction avec l'onguent napolitain, et dans un cas très net d'érythème iris et papuleux, qui présentait des formes à changements rapides et dans lequel il n'y avait ni squames ni vésicules, et que par conséquent il était impossible de confondre avec un herpès tonsurant, comme Pick l'a fait, — je possède le dessin dans ma collection, — j'ai mis hors de doute la présence d'un champignon parasite. De ces deux observations, il ressortirait au moins que cet érythème peut quelquefois être produit par une irritation locale (1).

Lewin affirme que, dans certains cas, il faut rapporter l'angionévrose de l'érythème à une action réflexe provoquée par une irritation du canal de l'urèthre due à des érosions (pouvant même être produite expérimentalement). J'ai connu une personne, chez laquelle depuis plusieurs années, on voyait, à chaque recrudescence de sa blennorrhagie chronique, survenir sur la face dorsale des mains un érythème annulaire. Ces cas n'ont pas d'autre importance que ceux dans lesquels l'érythème est provoqué par voie réflexe, soit de la sphère sexuelle chez la femme, soit des reins en général (2).

Les observations isolées connues jusqu'ici ne sont nullement suffisantes pour établir une étiologie, et notamment pour expliquer la localisation typique de l'éruption sur la face dorsale des mains et des pieds. Cette dernière condition, pour certains cas du moins, pourrait plutôt se rattacher à une autre circonstance, dans laquelle il se produit de préférence sur les parties du corps les plus périphériques, — aux mains et aux pieds, — des stases capillaires ; et alors, comme c'est le cas aussi

---

toutes peuvent, à titre de prédisposition ou de provocation, jouer un rôle incontestable dans le développement de l'érythème, et par conséquent il ne saurait être indifférent de les relever. E. B. — A. D.

(1) C'est la condition excitante la moins importante des érythèmes multiformes, et les microphytes n'ont rien à voir dans leur constitution propre. E. B. — A. D.

(2) Les érythèmes réflexes, c'est-à-dire ceux dont l'élément irritatif se rattache à une lésion éloignée et localisée, sont incontestables ; mais le *mode pathogénique* en est très varié, tout à fait obscur si on entend l'expliquer à fond. Nous allons revenir sur ce point tout à l'heure.
E. B. — A. D.

pour l'érythème, les mains et les pieds sont, en général (1), froids au toucher.

J'ajouterai immédiatement que, chez quelques personnes du sexe féminin qui, à la suite du développement de l'utérus pendant le jeune âge, sont atteintes d'aménorrhée, de dysménorrhée, de chlorose, de stérilité, on voit survenir de temps en temps, pendant plusieurs années, de l'érythème des mains et notamment du front sous forme d'érythème ortié et iris (Menokelis, Fuchs) (2). Dans ces cas, j'ai vu quelquefois les taches du front disparaître très lentement, avec un cercle très prononcé brun foncé, avec centre déprimé, de telle façon que des personnes peu exercées ont alors porté le diagnostic de *corona veneris*.

Je voudrais aussi rattacher à cette étiologie les bruits de souffle cardiaque qui simulent les insuffisances valvulaires dont Lewin fait mention dans quelques cas d'érythème; c'est là un symptôme de la chlorose et non de l'érythème, à moins que la fièvre et des lésions révélées par l'auscultation ne démontrent l'existence d'une endocardite (3).

---

(1) Avec de nombreuses exceptions. E. B. — A. D.

(2) Les érythèmes des jeunes filles lymphatiques, dont les types variés ne sont pas renfermés dans les seules limites de l'urticaire et de l'iris, et au premier rang desquels se place l'érythème induré des membres inférieurs, ne peuvent pas être subordonnés à la série des troubles incriminés par l'auteur ; il n'y a pour cela aucune raison ; les deux ordres de phénomènes sont sous l'influence de la même condition individuelle ; ils coexistent, mais ne se produisent pas réciproquement. Si des altérations matérielles ou fonctionnelles de l'utérus provoquent vraiment des érythèmes, ce ne peut être qu'à la faveur d'une prédisposition individuelle, et au même titre que pour tous les autres organes ou appareils de l'économie. E. B. — A. D.

(3) Les bruits pathologiques que l'auscultation du cœur permet de constater dans un grand nombre de cas d'érythème ne sont ni des « symptômes » de « chlorose », ni des « fausses insuffisances ». Ce sont tantôt des bruits en rapport avec quelque lésion préexistante, tantôt des souffles éphémères tels qu'on en observe dans le cours de toutes les évolutions fébriles, même de courte durée ; ce pourrait encore être, si le sujet était antérieurement anémique, ou accidentellement chlorotique, un des bruits vasculaires propres à ces états pathologiques. Mais, le plus ordinairement, les souffles que l'on voit naître, croître, *évoluer* pendant le cours d'un érythème bien observé, dépendent de la localisation sur un point de l'endocarde de l'agent morbide producteur de l'érythème cutané. Nous ne disons pas que ces localisations soient comparables de tous points à l'érythème cutané, pas plus que nous ne comparerions les altérations immuables et progressives de l'endocardite rhumatismale aux lésions éphémères et entièrement

Nous verrons que l'urticaire et la roséole se manifestent également en cercles et en spires et peuvent alors ressembler aux formes analogues de l'érythème multiforme. Puisque ces processus sont occasionnés incontestablement par des ingesta, certains aliments et médicaments, ou par des influences nocives locales, telles que la chenille processionnaire, il est facile de comprendre que quelques-unes de ces causes puissent être également invoquées pour expliquer l'érythème, du moins s'il s'agit d'un cas de cette espèce. A cet ordre appartiennent des cas comme celui de Mader, dans lequel des éruptions semblables survinrent à plusieurs reprises avec des coliques intenses, ou celui cité par Arnold Pick, d'une idiote chez laquelle les éruptions coïncidèrent plusieurs fois avec les règles. Hebra a montré le rapport de toute une série de formes pathologiques analogues avec des troubles fonctionnels de l'utérus (1).

---

réparables que l'infection rhumatismale produit sur les surfaces articulaires. Il est donc inutile d'arguer de la nature éphémère de l'érythème cutané pour disjoindre dans leur pathogénie les lésions de la peau et celles de la séreuse cardiaque; leur durée, leur évolution, leurs reliquats sont entièrement différents dans les deux systèmes anatomiques.

Quelle qu'ait été leur cause provocatrice, pyrexie exanthématique, érythèmes divers, typhus, infection paludique, etc., etc., les lésions irritatives développées dans l'endocarde prennent une individualité à elles, un caractère qui les uniformise plus ou moins complètement dans les manifestations présentes et dans les résultats éloignés. Selon leurs caractères, leur siège, leur évolution, que l'auscultation attentive permet de suivre pas à pas, les bruits morbides constatés au cœur dans le cours des érythèmes ont la même signification clinique et la même valeur que dans ces maladies diverses, et l'analyse clinique attentive permet dans chaque cas particulier de rapporter chaque chose à sa place et à son rang. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'étiologie, et surtout LA PATHOGÉNIE des érythèmes multiformes réclament quelques développements complémentaires tout à fait indispensables à la clarté du sujet. Nous les réunissons, aussi sommairement que possible, dans l'appendice suivant.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

1° CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES GÉNÉRALES DES ÉRYTHÈMES MULTIFORMES.

a) *Prédisposition.* — Tous les individus ne sont pas égaux devant les érythèmes, à la manière, par exemple, dont ils le sont, à bien peu de choses près, devant les pyrexies érythémateuses; cette inégalité se manifeste non seulement par la production de l'érythème, mais encore par sa répétition chez un même sujet, ce qui suffirait à montrer combien est peu fondée l'assimilation tentée des érythèmes aux pyrexies.

C'est seulement en raison de cette disposition individuelle, constitutionnelle ou acquise, constante ou accidentelle, souvent produite par un état protopathique, qu'agissent un grand nombre des causes auxquelles on a coutume de rapporter beaucoup d'érythèmes. Cette disposition personnelle préexistante, cette aptitude morbide, cette prédisposition est mise en pleine lumière par le fait, aujourd'hui bien connu, de l'intolérance pour un aliment ou pour un médicament en particulier, et non pour tous, intolérance attachée au sujet, non au médicament, et se représentant sans cesse, la vie durant.

Chacun saisira cela en se rappelant l'exemple de l'urticaire, laquelle est bien la plus banale des éruptions, mais qui, cependant, ne frappe qu'avec une extrême partialité, et le plus souvent pour une ou plusieurs substances déterminées qui ne sont pas les mêmes chez les différentes personnes. Les sujets *à urticaire facile* sont tout préparés pour les érythèmes, et il en est de même des individus dont le système névrotrophique tégumentaire a déjà antérieurement manifesté son impressionnabilité par quelque autre dermopathie, et particulièrement par les dermatoses prurigineuses de la première enfance.

L'*âge peu avancé*, le *sexe* féminin, sont certainement au nombre des conditions prédisposantes, dans une proportion notable, mais qu'aucune statistique suffisamment étendue et catégorisée ne permet de formuler en chiffres.

b) Action des saisons, épidémicité. — Sur les *saisons*, rien de certain, rationnellement, leur action est peu probable, et nous n'avons jamais constaté la vérité des assertions diverses émises à cet égard, bien que l'un de nous ait fait, pendant de longues années, de l'épidémiologie, et des rapports des maladies avec les saisons, une étude particulière dans une échelle fort étendue. En tout état, les observations relevées par quelques médecins ne se peuvent appliquer hors de l'atmosphère dans laquelle ils ont pratiqué.

Tout ce que l'on a dit sur les prétendues *épidémies* d'érythème multiforme est sans fondement, et ne se rapporte qu'à certains érythèmes secondaires à des maladies *zymotiques :* choléra, grippe, dysentérie, etc., etc., ou même à de véritables pyrexies méconnues à cause de leurs caractères frustes ou de leur contagiosité obscure, comme la rubéole, ou enfin à des intoxications alimentaires propres à un groupe limité, à une époque déterminée, et qui disparaissent si cette cause accidentelle ne se reproduit plus.

c) Causes banales. — Le rôle des causes banales, en réalité fort important dans les érythèmes multiformes ainsi que dans un grand nombre d'autres états pathologiques, consiste cependant plutôt à provoquer l'explosion de la maladie, ou à déterminer le lieu où l'économie cède, lieu de moindre résistance, qu'à la créer à proprement parler ; cette maladie existe déjà en puissance, ou la prédisposition est constituée quand la cause banale intervient. Tels, les *refroidissements* que la plupart des patients invoquent pour les érythèmes ainsi que pour la presque totalité des maladies aiguës ; au moment même où le malade a perçu ce que l'on peut appeler l'anxiété thermesthésique, l'état patho-

logique est déjà en préparation, et ce qu'il prend pour l'effet du froid, n'est que l'hyperesthésie morbide. Cela dit, il faut reconnaître que le refroidissement rapide, ou lent, place l'individu dans l'opportunité pour les érythèmes comme pour mainte autre maladie, ou même favorise le développement de l'élément pathogénique véritable.

Le surmenage, les excès fonctionnels, le choc moral, etc., agissent de la même façon et au même degré.

2° Conditions étiologiques spéciales. — pathogénie.

Il est acquis depuis longtemps déjà dans la direction indiquée par Koebner, Lewin, etc., que le *mode pathogénique* élémentaire qui préside à la constitution des *lésions* érythémateuses — qu'il ne faut pas confondre avec la *condition pathogénique* proprement dite de la maladie considérée dans son ensemble — est d'ordre névrovasculaire, et invariable.

Il en est tout autrement de l'agent provocateur *immédiat* de l'angionévrose érythémathogène, de l'irritant du système névrovasculaire, lequel est l'*élément pathogénique* propre, et qui est dépourvu de toute unité, de toute spécificité. D'ordre et de nature variables dans des proportions fort étendues, il peut être tout extrinsèque, venir du dehors et agir exclusivement sur la surface périphérique ; naître du dedans ou y être introduit par toutes les voies de pénétration normales, pathologiques, traumatiques. L'action d'un irritant sur la peau, l'ingestion de certains aliments ou de certains médicaments, la résorption de toutes les substances septiques, toutes les inoculations virulentes, les proliférations microbiennes, les mille adultérations du sang autogènes ou autres peuvent concourir au même résultat, provoquer des érythèmes identiques.

I

Ainsi donc, il faut le répéter, car cette notion est pour nous essentielle, à l'irritant lui-même, cause du trouble vasculonerveux dont la manifestation objective est l'érythème, nulle spécificité : au dedans comme au dehors, il peut être purement mécanique, plus ordinairement chimique, provenant des sources les plus diverses, et étant lui-même infiniment variable; apporté par les aliments, les médicaments, élaboré au sein de l'économie par un grand nombre d'altérations simples ou spécifiques des solides ou des liquides, ou même par les micro-organismes qui y pullulent ; mais, en aucune circonstance, cet irritant lui-même n'est un élément microbien fertile ni directement pathogène, capable de créer de toutes pièces une maladie spécifiée, et de la reproduire par transplantation du sujet malade à l'individu sain ; rien dans l'histoire nosologique des érythèmes, pas plus que dans leur étude anatomo-pathologique, ne justifie les suppositions faites sur ce point par quelques auteurs.

On a confondu deux choses distinctes : l'infection microbienne proprement dite et l'infection zymotique, avec les adultérations chimiques

simples, médicamenteuses, toxiques, septiques, etc., et c'est sans aucun fondement que l'on a cherché à assimiler les érythèmes aux maladies microbiennes ou aux pyrexies zymotiques dont ils diffèrent profondément. A la vérité, ces maladies peuvent devenir l'occasion du développement SECONDAIRE d'érythèmes multiformes, mais c'est alors par des procédés divers et communs en ouvrant la voie, ou même en provoquant la formation d'infections secondaires ; ils ne produisent pas directement ces érythèmes ; ils ne sont pas de leur essence, de leur nature, et leur coïncidence ne suffit en aucune façon pour établir leur identité propre.

Il ne faut pas davantage se méprendre avec divers auteurs sur la valeur qu'il faut attribuer au qualificatif d'*infectieux* appliqué à certains érythèmes en raison de leur origine supposée, de leurs localisations viscérales et de leur gravité quelquefois extrême.

Tous les érythèmes peuvent être, ou non, infectieux selon la nature, le degré, la quantité de l'agent irritant et des altérations secondaires qu'il peut produire, mais surtout et par-dessus tout, SELON LA NATURE DU SUJET, ses conditions individuelles, lesquelles, bien mieux que la nature de l'irritant, font la maladie légère ou grave, bénigne ou maligne ! Il y a des infections sans maladie, et des maladies d'infection sans la moindre gravité : chaque jour l'homme est le foyer d'infections autogènes ou aborigènes dont il pâtit fort peu s'il n'a pas d'intolérance propre, si ses émonctoires ne sont pas fermés et s'il n'est pas soumis à des causes qui abaissent sa résistance vitale. Et pour les érythèmes, quelques-uns des plus extrêmement graves ne sont pas infectieux, tels ces érythèmes hydrargyriques dont nous avons donné des observations caractéristiques en traitant des érythèmes scarlatiniformes. — Voyez, *Appendice des traducteurs*, p. 345 et suiv.

Ce qu'est, en réalité, l'élément des érythèmes véritablement infectieux, nous ne saurions le dire, mais nous affirmons qu'il est extrêmement variable, et qu'il semble bien être de la nature de ces nombreux poisons septiques autogènes qui, sous les influences les plus diverses, normales ou pathologiques, banales ou spécifiques, se développent dans l'économie et président directement à la genèse d'un grand nombre de maladies.

De leur découverte et de leur connaissance peut seulement naître un progrès réel dans la nosologie et dans la thérapeutique ; l'étude des toxidermies, ou maladies naissant sous l'action directe de l'adultération des liquides de l'économie et des solides par un agent connu, c'est-à-dire celle d'un grand nombre d'érythèmes, montre la voie à suivre et éclairera certainement d'une vive lumière toute une portion encore fort obscure de la pathologie.

Ce n'est pas absolument par la qualité ni par la quantité de l'agent pathogène que l'action morbide s'effectue ; on verra souvent des érythèmes d'une longue durée (plusieurs mois), et d'une gravité extrême, naître, comme dans les hydrargyries graves, de doses *très faibles et très peu prolongées* du médicament. Ici apparaît, dans toute son évidence, le rôle de l'*élément vivant* dont la réaction morbide est, dans une certaine mesure bien entendu, plus attachée à la disposition propre, à l'in-

dividualité, à l'aptitude morbide, qu'au degré de l'irritant lui-même.

La spécificité zymotique, microbienne, ou virulente est limitée à des choses nettement définies; les érythèmes multiformes n'ont rien de semblable : comme beaucoup d'autres affections qui n'ont ni ferment reproducteur, ni virus, ni microbe, ils peuvent naître des irritants les plus divers et les moins spécifiés, de même que les espèces les plus dissemblables de ces éléments pathogènes non spécifiques peuvent créer des maladies identiques, les mêmes causes s'inscrivant à la peau en caractères variables, soit chez des sujets différents, soit chez un même sujet, ou des causes différentes produisant des éruptions identiques.

II

Dans tous les cas, et quel qu'il soit, l'irritant pathogène semble plutôt porter son action sur les centres névrovasculaires que sur les points mêmes qui sont le siège de la lésion érythémateuse, laquelle paraît bien être toujours le résultat d'un trouble réfléchi ou transmis. Nos exemples élémentaires peuvent encore servir à préciser ces idées : dans l'action de l'ortie, il y a certainement irritation transmise aux centres et réfléchie sur les territoires vasculonerveux ; et il ne s'agit pas d'une réaction autogène primitive des capillaires, pas plus que quand l'irritant circule dans le sang. Sa présence réelle au niveau des régions érythémateuses n'est ni prouvée, ni nécessaire ; elle y peut être constatée sans que son rôle actif soit, par cela même, établi ; l'étude des toxidermies le prouve, non moins que la comparaison avec les maladies bacillaires les plus aisément constatables.

Dans les cas où l'érythème multiforme est secondaire à une affection comportant des foyers de substances septiques diffusibles et pouvant être disséminées à la manière des embolies capillaires, on a supposé que les localisations érythémateuses sont le résultat de ces embolies, mais rien dans les lésions, rien dans la marche ni dans l'évolution des éléments érythémateux ne justifie cette supposition.

Il reste donc entendu que, dans tous les érythèmes dont nous traitons, quelle qu'en soit l'origine, et alors même qu'on les désigne par leur qualificatif de nature : infectieux, septique, blennorrhagique, médicamenteux, etc., l'action nocive de l'irritant portant sur les centres vasomoteurs est transmise au tégument et non directement produite. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne se puisse produire des réflexes locaux immédiats, mais ce qui vise simplement le *mode* pathogénique *commun* des érythèmes multiformes.

Laissant de côté la question anatomo-physiologique qui entraînerait trop loin, et ne nous occupant que des sources grossièrement appréciables des transmissions morbides, il nous suffira d'ajouter que les foyers de réflexes érythématogènes sont vastes et nombreux, puisqu'ils occupent les surfaces cutanée et muqueuse, et vraisemblablement tous les appareils viscéraux. Mais, en réalité, les plus graves difficultés se montrent aussitôt qu'il s'agit d'entrer dans le détail et de dire quelque chose de précis, à la fois en raison de tout ce que nous ignorons sur

l'anatomie et sur la physiologie du système vasomoteur, et de la complexité des problèmes soulevés.

Voici, par exemple, l'action en apparence très simple d'un refroidissement sur la surface tégumentaire; l'érythème qui va succéder dans quelques cas sera-t-il le résultat d'un réflexe immédiat comme dans l'érythème pernio ou l'urticaire commune, ou bien ne s'est-il pas développé quelque altération humorale, ou quelque phénomène inhibitoire portant sur les centres vasomoteurs; le temps qui s'écoule, d'ordinaire, entre l'action et la réaction réalisée à la peau est plus propre à faire supposer une élaboration morbide quelquefois latente, mais souvent manifestée par des phénomènes véritablement prodromiques.

De même pour les réflexes émanés des surfaces muqueuses ; un érythème scarlatinoïde avec congestion oculaire et pharyngée survient quelques heures après l'ingestion des moules, d'un crustacé quelconque, etc. Est-ce un réflexe par irritation des voies digestives, une résorption de substances toxiques ?

Pour le pharynx, Cæsar Boeck — Érythème multiforme et purpura rhumatismal provoqués par des inflammations pharyngiennes, *Viert. für Dermat. und Syph.*, 1884, anal. franç., p. Doyon, *in Ann. de Dermat., etc.*, 2e série, 1884, t. V, p. 304. — a supposé que, chez certains sujets à impressionnabilité particulière, les angines pharyngées pouvaient avoir pour réflexe cutané des érythèmes multiformes ; mais ne peut-on pas penser qu'il ne s'agit que de localisations coïncidentes, ou de déterminations successives d'une même cause morbide.

S'agit-il des cas d'érythème dit uréthral, dans la direction indiquée par Lewin ? Combien n'est-il pas difficile de démêler la part de l'affection protopathique, blennorrhagie, cystonéphrite, ulcérations diverses, traumatisme chirurgical, etc., de celle qui revient à l'hyperalgésie de la muqueuse de l'urèthre, aux médicaments employés, etc. ? Mêmes difficultés pour les dysménorrhées, les métrites. Pour le rein, comment séparer ce qui appartient à l'irritation de l'organe, de ce qui résulte du trouble de l'excrétion urinaire et de l'adultération consécutive des humeurs; s'il s'agit de lésions hépatiques enfin, même ambiguïté.

III

Ainsi donc si l'érythème multiforme possède une réelle unité de par son mode pathogénique, lequel est toujours une irritation névrovasculaire suspensive, il est infiniment multiple par la condition pathogénique proprement dite, laquelle est illimitée, et n'a pas de spécificité dans les caractères qu'elle inscrit à la peau, ou au moins de spécificité objective ferme ou constante, comme celle des pyrexies érythémateuses, puisque les diverses modalités éruptives des érythèmes peuvent être créées par des irritants d'ordre multiple, soit chez des sujets différents, soit chez un même sujet.

De cette banalité dermatographique, rattachée à cette extrême multiplicité de conditions pathogéniques, naît une difficulté d'interprétation renouvelée à chaque cas particulier, et tout à fait différente de celle que présente l'étude des pyrexies érythémateuses spécifiques.

Il ne suffit plus, comme pour une rougeole ou pour une scarlatine, de formuler le diagnostic d'une affection univoque; mais, ce qui est infiniment plus compliqué, de déterminer la nature réelle de la maladie, c'est-à-dire de rechercher l'espèce d'irritant qui agit sur les centres. Or, en l'absence ordinaire de caractère propre pouvant impliquer la connaissance directe de cet agent, l'analyse clinique seule permet de chercher la solution : L'érythème a-t-il été provoqué par quelque action extrinsèque, irritants du dehors, action du froid, etc., produisant des phénomènes encore obscurs d'inhibition sur les centres ganglionnaires, ou déterminant par le même mécanisme des altérations humorales autogènes? Existe-t-il quelque lésion viscérale matérielle ou fonctionnelle d'où puisse partir l'excitation névrovasculaire de la peau, ou qui soit de nature à faire naître des altérations analogues des humeurs? L'érythème a-t-il été précédé de quelque maladie générale dont il puisse être lui-même une manifestation secondaire, sans toutefois être en réalité, et à titre absolu, de la même nature ?

Enfin, dans chacune des conditions précédentes ou en dehors d'elles, l'irritant n'est-il pas un aliment, un médicament, un poison ingéré par le malade ?

Voilà, très sommairement, le cadre de l'analyse clinique à instituer dans chaque cas particulier ; voilà la série abrégée des éventualités qu'il faut examiner méthodiquement pour approcher d'aussi près que possible de la vérité, à l'aide d'une élimination raisonnée. C'est-à-dire qu'ici il faut, avant tout, être pourvu d'une bonne méthode nosologique générale, et connaître les difficultés devant lesquelles on va se trouver, difficultés résultant surtout de la complexité des éléments pathogéniques qui se réunissent dans une même circonstance, et de l'absence de spécificité dans les caractères objectifs propres aux innombrables modalités éruptives qui peuvent arriver à l'observation.

Voici, par exemple, les érythèmes médicamenteux ; leur fréquence est considérable; un grand nombre d'érythèmes de tout ordre, considérés chaque jour comme idiopathiques, rhumatismaux, septiques, etc., représentent de véritables toxidermies; mais comme ces médicaments sont d'ordinaire administrés parce qu'il existe un état pathologique constitué, aigu, subaigu ou chronique, voilà, d'emblée, une difficulté à résoudre : l'érythème qui survient chez un malade traité par un médicament capable d'irriter le système névrovasculaire de la peau est-il bien le résultat de cette action médicamenteuse, et ne peut-il pas provenir, soit de la maladie préexistante, soit d'une altération humorale secondaire, d'une infection secondaire, pour nous servir du terme aujourd'hui compris par tout le monde? Cela mérite d'autant mieux considération que ces érythèmes médicamenteux sont, en définitive, rattachés étroitement aux intolérances personnelles, et que bien peu d'entre eux ont quelque spécificité objective exclusive et propre, assez nette ou assez connue pour constituer un signe de certitude. Si l'on considère, d'autre part, que la plupart des maladies dans le cours desquelles on observe les érythèmes médicamenteux peuvent provoquer de toutes pièces, à titre d'affection secondaire, des érythèmes de semblable caractère, on aura entrevu la difficulté du problème. Un aperçu

de quelques exemples pris dans la série encore mal connue de ces érythèmes secondaires fera toucher la difficulté du doigt.

a) Le rhumatisme. — On s'est donné beaucoup de mal pour discuter si la plupart des érythèmes multiformes étaient des dépendances du rhumatisme, et nombre d'auteurs se sont fait une conviction basée sur quelques coïncidences et beaucoup d'analogies. Mais aujourd'hui chacun comprend que tous les érythèmes multiformes ne sont pas rhumatismaux, et personne n'ignore que le terme de rhumatisme ne saurait plus être compris comme on le faisait encore il y a dix ans. On peut prendre une idée de ce qu'était à cet égard l'état de la science en 1876, par l'article RHUMATISME du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1), dans lequel nous avons pressenti la plupart des choses aujourd'hui manifestes, mais que nous exposions alors en auteur d'avant-garde. Depuis cette époque, le domaine du rhumatisme s'est considérablement restreint, en même temps que sa nature infectieuse a graduellement pris de l'évidence ; on ne serait plus autorisé à appeler une maladie « rhumatismale » parce que, dans son complexus symptomatique, apparaissent des myalgies, des névralgies, des arthralgies, voire même des arthropathies et des lésions du côté des séreuses viscérales, et l'on sait toute une série de pseudorhumatismes, également infectieux, mais à leur manière propre.

Cette question est aujourd'hui très simplifiée; le rhumatisme vrai n'a pas l'érythème multiforme au nombre de ses manifestations propres, mais il peut les produire comme tout autre état infectieux, soit directement par son principe propre, soit plus ordinairement, selon toute vraisemblance, à titre secondaire, soit en provoquant une infection deutéropathique, soit en rendant le sujet impressionnable aux actions médicamenteuses, et c'est probablement à titre d'érythèmes secondaires que les érythèmes multiformes peuvent être observés en connexion avec la plupart des maladies générales infectieuses. Un grand nombre des érythèmes « du rhumatisme » sont des érythèmes médicamenteux, et la majorité des érythèmes dits rhumatismaux dépend d'une autre cause, simple ou mixte.

Une observation de FEULARD — intitulée : Érythème hémorrhagique chez un rhumatisant blennorhagique, *Société clinique* et *France médicale*, 1885 — est très instructive à cet égard. Un malade présente un érythème multiforme, plaques érythémateuses, purpuriques, et, au cours de l'affection, un peu d'albuminurie éphémère, des localisations douloureuses et des arthralgies *unilatérales*, avec rougeur et tension des parties atteintes, puis des fluxions testiculaires éphémères; il s'agissait d'un surmené *blennorrhéique*. Ce complexus indique une infection certaine, mais non l'infection rhumatismale; un observateur superficiel ou incompétent l'aurait certainement rattaché au rhumatisme; un accou-

(1) On trouvera deux fragments de cet article dans la première série des *Annales de Dermatologie*, t. VIII, 1876, 1877, pp. 81, 198, 254, 321, sous les titres de : Étude sur le Rhumatisme blennorrhagique et Étude sur les dermopathies rhumatismales.

chement récent, ou tout autre cause d'infection secondaire pourrait le réaliser.

b) *Le choléra.* — On sait combien sont nombreuses et variées les éruptions érythémateuses que l'on rencontre à la période de réaction, dans laquelle entrent en scène surtout des infections secondaires et des réactions médicamenteuses, reliquat, les unes et les autres, des actes morbides et thérapeutiques de la période algide et diacritique. Combien n'est-il pas difficile de savoir si ces éruptions dépendent d'irritation des centres par altération humorale autogène ou bien si les médicaments, souvent donnés à haute dose, et en grand nombre, pendant la période algide, ne sont pas les facteurs véritables ? Voyez le cas de cette enfant si habilement observée par Morel-Lavallée : — Érythème polymorphe dans la période réactionnelle du choléra; *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 621. — Pendant la réaction cholérique, elle présente successivement une éruption morbilliforme, puis, le lendemain, un érythème ortié, le quatrième jour, un érythème scarlatiniforme bientôt suivi d'une éruption de bulles qui se reproduit et se généralise pendant douze jours, pour être remplacée par un érythème vésiculeux circiné. — Or, cette enfant avait pris, dans les jours précédents, une série de médicaments variés, opium, éther, acétate d'ammoniaque. Qui saurait dire, en présence de ce kaléidoscope éruptif, ce qui revient aux ptomaïnes du bacille virgule, et ce qui appartient à la polypharmacie ?

c) *La blennorrhagie.* — Il s'agit d'interpréter un cas d'érythème chez un blennorrhagique traité par les balsamiques. Quel est l'élément vraiment pathogénique? Est-ce l'irritation de l'urèthre, du col de la vessie ou du rein? Est-ce l'agent virulent de la blennorrhagie, la gonohémie? Est-ce la résorption des éléments ptomaïniques, ou la résorption purulente ? Est-ce enfin le médicament qui a été administré, le copahu ?

Ce peut être chacun d'eux, et ce peut être la blennorrhagie prise dans son ensemble, car elle peut s'accompagner d'érythèmes, même en dehors de toute intervention médicamenteuse ; c'est alors, probablement, le résultat d'une infection secondaire à laquelle la blennorrhagie a ouvert la voie, ou préparé le terrain. Beaucoup moins souvent, à notre observation, c'est le médicament qui produit les érythèmes dits balsamiques, et surtout copahiques, chez les blennorrhagiques; non seulement il est, relativement au nombre considérable de ceux qui prennent du copahu, vraiment rare de voir se produire l'érythème, mais encore il est aisé de constater, comme nous le montrons à chaque occasion, qu'il n'est pas besoin d'interrompre le médicament pour voir l'érythème céder rapidement.

Si le copahu produisait vraiment l'érythème chez les blennorrhagiques, ce serait en raison d'une intolérance propre au sujet, ou créée par l'état blennorrhagique, ou par une localisation rénale; mais on ne se trouve plus, alors, dans l'ordinaire, où les éruptions balsamiques sont vraiment rares. Celles-ci d'ailleurs, pas plus qu'aucune des éruptions médicamenteuses, n'ont de caractères objectifs constants ni exclusifs. On observe, en effet, soit chez les blennorrhagiques, soit chez les autres sujets traités par les balsamiques, non seulement cette forme

d'érythème ortié localisée aux flancs et aux membres, roséolique, rubéolique, prurigineuse, mais encore toutes les autres localisations topographiques et toutes les modalités éruptives de l'érythème multiforme.

Force est de reconnaître que la question à résoudre est complexe et ne peut pas être tranchée sans délai ; que les balsamiques peuvent produire des toxidermies érythémateuses, mais que l'étude de celles-ci ne peut être faite à l'aide des observations anciennes; enfin, que la blennorrhagie pouvant déterminer, d'une manière certaine, la plupart des manifestations cutanées qui ont été attribuées aux balsamiques en général, et au copahu, en particulier, les manifestations ne doivent plus être rapportées, à titre banal, à l'emploi des balsamiques exclusivement. — Voyez les observations que nous avons communiquées, ainsi que celles de Ballet, Balzer, Mauriac, de Molènes, etc., *in Thèses* de Andret (Des manifestations cutanées de la blennorrhagie, Paris, 1884), et Mesnet (Des érythèmes blennorrhagiques, Paris, 1884).

d) *Les typhus.* — Dans le cours de la fièvre typhoïde, et surtout dans sa convalescence, on peut voir se développer la série entière des érythèmes multiformes dans le type infectieux grave, ou selon le mode bénin. Ces érythèmes ne sont pas du ressort du typhus abdominal proprement dit, ils dérivent soit d'une toxémie secondaire à une des lésions typhiques telles que l'endocardite ulcéreuse, la néphrite albumineuse, soit de tout autre des causes de l'érythème multiforme, médicamenteuses, autotoxémiques, etc., etc., auxquelles le typhus n'a servi que d'agent préparatoire.

e) *Le puerpérisme.* — Comme dans toutes les septicémies, on observe au cours du puerpérisme les variétés les plus diverses de l'érythème polymorphe, en raison même de la variété des formes infectieuses. Les plus ordinaires sont du type scarlatin ou morbilleux, mais elles représentent aussi les formes papuleuses, noueuses, etc. ; elles constituent, au cours de la puerpéralité, de véritables complications ; la plupart des divers symptômes généraux dont on fait, d'habitude, responsable l'érythème lui-même, ne sont autres que des manifestations sur divers points de l'économie de la toxémie proprement dite.

Souvent il est difficile, au début, de la distinguer objectivement des pyrexies exanthématiques qui peuvent coexister avec l'état puerpéral; mais l'observation attentive des localisations, de la courbe thermique, les incorrections qu'il est aisé de relever dans l'ordre et dans la marche ainsi que dans la chronologie, comparées avec le tableau réglé des pyrexies, permet, le plus ordinairement, de faire un diagnostic précis, non moins bien entendu que le relevé des phénomènes de la puerpéralité utérine proprement dite.

f) *Les endocardites infectieuses.* — On les voit coexister quelquefois avec des érythèmes multiformes. — Voy. H. Barth, un cas d'endocardite infectieuse avec éruption cutanée simulant un érythème papuleux, *France médicale*, 1884. — La détermination cutanée est-elle le résultat indirect de la septicémie préexistante par irritation des centres vaso-moteurs, ou d'une infection secondaire? A-t-elle pu dériver de projec-

tions emboliques dans les réseaux vasculaires du derme, au même titre que beaucoup de lésions viscérales? Cette dernière hypothèse qui serait très séduisante n'a pas été démontrée anatomiquement; il n'est pas impossible qu'elle s'applique à quelques espèces d'érythème, mais elle ne saurait certainement pas être généralisée.

g) *La scrofulotuberculose.* — L'état lymphatique lui-même, maladie de la constitution, ou maladie constitutionnelle, correspondant au scrofulisme ancien, comporte un grand nombre d'érythèmes, et c'est pour cette raison que la plupart des variétés de l'érythème multiforme se retrouvent dans la description des « *scrofulides bénignes* » de Bazin. — Parmi les formes les mieux spécifiées, l'érythème induré des jeunes filles, localisé à la moitié inférieure des jambes, tantôt en nappes et diffus simulant l'éléphantiasis, tantôt en nodules et pouvant être confondu avec les gommes scrofulotuberculeuses ou syphilitiques à une certaine période de leur évolution.

h) *La syphilis.*— Les érythèmes multiformes s'observent chez les syphilitiques, surtout pendant la période secondaire, et ils sont de l'ordre des deutéropathiques : Cœsar Bœck a rappelé que les érythèmes polymorphes s'étaient montrés fréquents chez les malades traités par W. Bœck par la syphilisation. C'est surtout Mauriac, qui dès l'année 1874 a appelé l'attention sur ce sujet; —Cas de syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium, — mais surtout en 1880 *in Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. I, p. 419; — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané, — montrant qu'à côté des formes nodulaires érythématoïdes de la syphilis gommeuse précoce, il existait de véritables érythèmes non syphilitiques qui ont l'évolution entière propre à ces types, et qui, avec ou sans intervention médicamenteuse, se terminent dans les délais réguliers et de la façon la plus manifeste; Leloir — Des érythèmes polymorphes et des nodosités pseudo-rhumatismales survenant chez les syphilitiques. *Thèse* de Testu, Lille, 1888, — a étudié avec grand soin les érythèmes multiformes dans leurs rapports avec la syphilis, particulièrement la syphilis secondaire, sous le rapport clinique.

A titre général, en présence d'une éruption accessoire survenue chez un syphilitique, il y a toujours à débattre quelle est la part des coïncidences, des actions médicamenteuses, de l'idiosyncrasie, ou de la maladie protopathique. Voyez une observation très prudente et très instructive de Poupon « Dermatite exfoliatrice » chez une syphilitique, *in France médicale*, 1884.

i) *La lèpre.* — Plusieurs types d'érythème peuvent être rattachés à la lèpre, les uns protopathiques, lépreux au sens propre, les autres secondaires. Ici, l'intrication est encore plus grande, et ces faits pourraient être provisoirement laissés de côté si ils n'étaient pas de nature à être des causes d'erreur en clinique. Cette année même, l'un de nous a observé, à Paris, deux cas d'érythème multiforme chez des lépreux, l'un en ville, l'autre à l'hôpital — circonstance que nous notons avec soin — tous deux traités par l'huile de Chaulmoogra à haute dose, cent à deux cents

gouttes par vingt-quatre heures. Ces érythèmes sont fébriles, précédés d'une période prodromique de quatre à huit jours; ils ont leur siège presque exclusif, sur les membres; dans les caractères objectifs, rien qui les distingue de l'érythème papulo-tuberculeux ou noueux, et dans un cas observé sur une jeune lépreuse aux membres inférieurs, il nous eut été impossible sans la coïncidence de poussées de dermatite bulleuse nécrobiotique à la plante des pieds, de concevoir aucun doute sur la réalité d'une véritable dermatite contusiforme vulgaire. Chez les deux malades, au bout de peu de septénaires, une partie des nodosités avait disparu par délitescence, avec desquamation, comme dans l'érythème vulgaire, mais un certain nombre persista, et s'installa à l'état de plaques nodulaires diffuses analgésiques. Ce sont des faits analogues sans doute auxquels fait allusion LUTZ, — Études sur la Lèpre au Brésil, *in Monatsh. f. Dermat. u. Syph.*, 1887, n°s 10 et 11, anal. franc. *in Ann. de Dermat. et Syph.*, 2e série, t. VIII, 1887, p. 576, IV, — et qu'il désigne sous le nom d'érythème noueux de la lèpre.

Nous ne prolongerons pas cet exposé, déjà trop long, des difficultés que présente l'étude étiologique et pathogénique des érythèmes multiformes; il nous semble que nous en avons dit assez pour poser les questions, et pour provoquer une controverse nécessaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Effectivement, tous ces processus, l'érythème, la roséole, l'herpès et l'urticaire, offrent entre eux tant d'analogies et se présentent d'ailleurs sous des formes transitoires tellement variées, que, cliniquement, il est quelquefois difficile de ne pas les confondre les uns avec les autres.

Nous le verrons immédiatement dans le processus suivant.

2. — ÉRYTHÈME NOUEUX

Cet érythème, appelé aussi dermatite contusiforme, ou urticaire tubéreuse (1) se rattache directement, sous le rapport pathologique, à l'érythème multiforme (2); il se manifeste sous l'aspect d'intumescences de la grosseur d'une noisette et même d'une noix, et de nodosités proémi-

(1) Cette seconde synonymie n'est pas acceptable; l'urticaire tubéreuse existe, et si la confusion entre les deux formes érythémateuses a été faite, elle ne doit pas être régularisée. E. B. — A. D.

(2) Cela ne saurait faire aucun doute, quoi qu'on en ait pu dire, l'érythème noueux, quelque particulièrement individualisé qu'il soit, ne constitue qu'une variété de l'érythème multiforme. De même que LEWIN, nous avons établi depuis longtemps que la *nodosité* n'était souvent qu'un phénomène de localisation anatomo-topographique; rien n'est aussi ordinaire que de voir l'érythème, lisse ou à peine surélevé au tronc ou aux membres supérieurs, devenir tout à fait noueux dans les

nentes, dures, situées le plus souvent aux deux jambes et à la face dorsale des pieds, plus rarement aux avant-bras, aux cuisses, aux fesses, et ne s'étendant que par exception simultanément à d'autres parties.

Les nodosités de l'érythème noueux dépassent un peu le niveau de la peau, ou sont à ce niveau, et ne se distinguent que par leur coloration, qui est d'un rouge rose à la périphérie et d'un rouge bleu au centre; mais, soit spontanément, soit surtout à la pression, elles sont excessivement douloureuses. On les observe isolées, mais quelquefois disséminées en plus grand nombre, souvent de quinze à vingt sur chaque membre.

Leur développement a lieu d'une manière très aiguë, pendant la nuit, parfois avec des phénomènes fébriles concomitants, un malaise général, des symptômes gastriques, des douleurs dans les articulations, siégeant surtout au niveau du membre atteint. Les nodosités isolées persistent même plusieurs jours, de huit à quinze. La nodosité récente conserve pendant deux à trois jours sa même physionomie; alors le rouge vif de la peau qui la recouvre se transforme, d'abord au centre, puis en progressant vers la périphérie, en rouge bleu, jaune vert, tandis que la masse de l'infiltrat diminue, jusqu'à ce qu'enfin, après douze à quinze jours, toute trace de rougeur a disparu en laissant une pigmentation légèrement brune de la peau atteinte. Quelquefois il s'opère dans les parties infiltrées du tégument un épanchement hémorrhagique considérable, où les phénomènes de résolution et de modification de coloration liés à toute hémorrhagie exigent un temps un peu plus prolongé. Certaines nodosités donnent au toucher une sensation plus marquée de rénitence, de telle sorte qu'on pourrait croire à un abcès inflammatoire. Mais elles ne renferment jamais de cavité, ne se ramollissent pas et ne suppurent jamais.

En ce qui concerne le cours entier de l'affection, on voit, en général, survenir, dans l'intervalle de la première à la deuxième semaine, de nouvelles nodosités qui passent par les modifications que je viens de

---

régions inférieures et antérieures de la jambe, qui constituent son lieu d'élection.

Tout ce que nous avons dit plus haut, pour réfuter ce qui a été avancé au sujet de la nature « rhumatismale » des érythèmes multiformes, pour montrer que les tentatives d'assimilation aux fièvres éruptives étaient sans fondement, etc., etc., s'applique à l'érythème noueux et à toutes les autres variétés d'érythème multiforme. Comme elles, en effet, l'érythème noueux a des variétés idiopathiques, secondaires, toxidermiques, etc.; éventuellement, il est accompagné par des lésions viscérales, pulmonaires, pleurales, endocardiques, etc.; comme elles, il récidive, etc.; ce serait nous redire que de répéter tout cela.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

décrire, de sorte que la maladie comprend en tout une période de trois à six semaines, et, par exception, de plusieurs mois. Les phénomènes fébriles qui, dans les cas graves et chez les personnes impressionnables, manquent rarement, suivent la même marche que l'éruption et cessent à partir du commencement de la résolution générale. Il faut encore, outre les affections articulaires, mentionner, comme symptômes concomitants, la dyspepsie, plus rarement des coliques et de la diarrhée, et, suivant quelques auteurs aussi, des nodosités douloureuses de la langue et de la muqueuse bucco-pharyngienne que l'on pourrait considérer comme analogues aux nodosités de la peau.

L'érythème noueux est aussi pénible par l'intensité de l'affection locale que par les phénomènes subjectifs concomitants : fièvre, douleur dans les nodosités, les os longs et les articulations, tous symptômes portés à un degré beaucoup plus élevé que dans les érythèmes précédemment décrits. Cependant, cet érythème n'offre dans son essence qu'un processus analogue, puisqu'on voit survenir aussi, confondues avec les plaques de l'érythème multiforme, des nodosités correspondantes à l'érythème noueux, et que les deux processus présentent la même localisation au point de vue de l'éruption, surviennent dans les mêmes saisons et dans les mêmes circonstances, et suivent une marche aiguë et typique. Car, notons-le, les nodosités de l'érythème noueux se terminent toujours par une résolution complète.

Au point de vue anatomique, ces nodosités consistent essentiellement en une infiltration séreuse de toutes les couches de tissus, y compris le tissu conjonctif sous-cutané, avec stase capillaire simultanée, au début artérielle, plus tard veineuse, outre une accumulation modérée de cellules dans les tissus et des foyers de corpuscules rouges extravasés. Sous le rapport de la spontanéité de leur apparition et de leur complète résorption et des lésions anatomiques, la nodosité de l'érythème ne représente par conséquent qu'une plaque d'urticaire développée à un plus haut degré d'intensité.

Quant à l'étiologie, la maladie est aussi obscure que celle des autres érythèmes. L'érythème noueux s'observe surtout chez les individus délicats et jeunes du sexe féminin (nourrissons et enfants); il revient souvent aussi sous le type annuel qui s'observe pour l'érythème et apparaît fréquemment aussi au printemps et à l'automne.

D'après ce qui a été dit, le pronostic ne peut pas être considéré comme défavorable, cependant il ne faut pas oublier qu'il a toujours une importance pratique, puisqu'il peut occasionner un trouble professionnel, et même obliger le malade à s'aliter.

Chez les petits enfants, la maladie est déjà plus sérieuse, quoique, en

général, elle se termine aussi favorablement. Mais il peut toutefois, à la suite d'un affaiblissement notable de la nutrition, pendant une inappétence prolongée, survenir fréquemment de la fièvre et des complications accidentelles, comme l'hémorrhagie rénale, qui peuvent amener une terminaison fatale : c'est pour cela que l'on doit toujours, en pareil cas, n'émettre le pronostic qu'avec réserve. En général, il ne faut pas oublier dans tous ces processus qu'ils sont d'autant plus graves pour un organisme délicat, qu'ils prédisposent aux hémorrhagies ; il faut donc les considérer, si je puis ainsi dire, moins comme érythème, que comme érythème noueux et surtout comme purpura.

En voyant apparaître ces nodosités isolées aux jambes ou même sur une partie du corps, par exemple au bras, à une paupière (qui se tuméfie énormément et paraît alors brillante avec les teintes bien connues des suites d'une hémorrhagie), on pourrait facilement commettre l'erreur de diagnostic de les attribuer à un traumatisme (nodosités consécutives aux injections sous-cutanées chez les morphiomanes), à un coup, à un choc, etc. Si, cependant, on a affaire à un cas de localisation typique aux jambes et qu'il s'agisse de nodosités de date différente, mais surtout récentes, nodosités qui étant rouge rose à la surface, mais rouge bleu au centre, ne peuvent jamais être prises pour l'effet d'un traumatisme, l'erreur de diagnostic est, on le comprend, facile à éviter.

Des gommes non ulcérées des jambes peuvent être confondues avec l'érythème noueux, si, comme je l'ai vu récemment chez une jeune fille, elles se trouvent sur les deux jambes. Les nodosités syphilitiques sont toujours nettement délimitées et aisées à saisir entre les doigts. Les nodosités érythémateuses, au contraire, n'ont pas de contours arrêtés (1). Les cas, rapportés par les auteurs, de nodosités érythémateuses ulcérées, ont rapport à des erreurs de ce genre.

Il faut encore ajouter ici un troisième processus :

---

(1) Bien qu'il faille le signaler, aucune confusion ne peut s'établir entre l'érythème noueux et les *nodosités rhumatismales*, d'ordres divers, décrites depuis vingt ans dans tous les pays, et qui ont été particulièrement étudiées en France par Mayet, Troisier, Féréol, Widal, etc., toutes, éphémères ou passagères, prolongées ou persistantes, diffèrent essentiellement de l'érythème noueux par l'absence même du caractère essentiel, l'érythème.

Aucune confusion non plus avec les *gommes*, tuberculeuses ou syphilitiques, lesquelles restent longtemps hypodermiques, sans changement de couleur à la peau, indolentes, et qui, alors qu'elles ont atteint le derme, subissent des phénomènes de phlegmasie spécifique, lesquels ne se produisent jamais dans l'évolution propre de la nodosité érythémateuse.

3. — PURPURA RHUMATISMAL OU PÉLIOSE RHUMATISMALE (1).

Dans ce processus, il se produit des taches ne disparaissant pas à la pression, primitivement rouge bleu et plus tard brunes (hémorrhagies), qui d'ordinaire surviennent et évoluent dans un laps de temps typique de trois à six semaines.

Ce processus, dans son acception strictement systématique, n'appartient pas à cette classe mais bien à celle des hémorrhagies, à propos desquelles je décrirai d'une manière encore plus détaillée cette forme morbide. Toutefois, vous pourrez aisément reconnaître le caractère propre des processus exsudatifs déjà décrits, quand vous saurez que les hémorrhagies surviennent également ici d'une manière typique, d'abord aux jambes et aux avant-bras, et que, d'ordinaire, elles sont accompagnées de douleurs articulaires et d'exsudations autour et à l'intérieur des articulations, de bruits cardiaques, même de lésions valvulaires, comme dans deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer à ma clinique, dans lesquels il se développa peu à peu et sans fièvre une insuffisance des valvules aortiques (ce fait a été rapporté par le Dr A. Schwartz, interne de la Clinique, 1883), et que finalement on doit regarder le purpura rhumatismal comme un type annuel.

Tandis que, d'une manière générale, les sous-espèces particulières de cette classe de maladies s'observent habituellement séparées, on

---

Mais une véritable difficulté se présente en ce qui concerne certains érythèmes spécifiques nodulaires dans la lèpre et dans la syphilis en particulier; nous avons traité ce point plus haut, voyez pages 389, 390.

Enfin, dans le lymphatisme et dans la scrofulotuberculose, les érythèmes nodulaires du tiers inférieur de la jambe, ou les gommes dermiques, pourraient, un moment, produire quelque hésitation; mais en se reportant aux caractères de marche, d'évolution, à la forme vraie de l'érythème noueux, à l'hyperesthésie que présentent les nodosités, etc., il y a vraiment peu de place pour l'erreur.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que le terme de « *rhumatismal* » n'est pas pris par l'auteur au sens où il serait compris en français, c'est-à-dire considéré comme un élément de la maladie infectieuse dont ce que nous appelons le « rhumatisme articulaire aigu vrai » est le type. Il s'agit simplement ici d'une variété très intéressante et très individualisée de *purpura érythémateux*, tellement lié d'une part aux érythèmes, et de l'autre au purpura, que l'on peut à volonté en reporter la description aux érythèmes ou au purpura, et l'appeler aussi correctement érythème purpurique que purpura érythémateux. E. B. — A. D.

rencontre cependant souvent toutes ces formes coexistant sur un individu, par exemple l'érythème annulaire, lisse, diffus, iris, aux membres supérieurs; l'herpès iris et circiné sur la face dorsale des mains et au visage, l'urticaire papuleuse et l'érythème noueux aux membres inférieurs ; et entre les nodosités de ce dernier érythème, on trouve disséminées des taches hémorrhagiques de la dimension d'une lentille et même plus grandes, en même temps que de la tuméfaction des articulations et du purpura rhumatismal, de sorte qu'on ne peut pas mettre en doute l'homogénéité physiologique de toutes ces formes.

Je vous donne ici la figure (fig. 19) de la coupe d'une papule

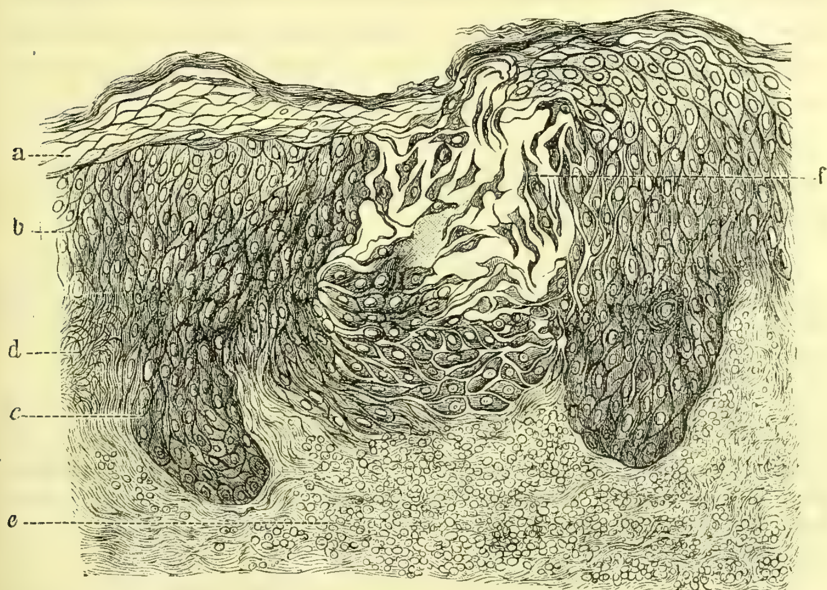


Fig. 19.

Coupe d'une vésicule d'érythème papulo-vésiculeux.

a couche cornée. — *b* réseau muqueux. — *c* cônes du réseau muqueux. — *d* papilles dont les espaces de tissu conjonctif sont élargis par une exsudation séreuse. — *e* (hémorrhagie) corpuscules rouges du sang dans le tissu conjonctif papillaire et sous-papillaire, réseau fasciculé de la vésicule dans la couche muqueuse, avec sérum et cellules exsudatives dans son intérieur.

d'érythème sur le point de se transformer en vésicule, vue à un fort grossissement. On voit, à la base de deux papilles, des corpuscules sanguins rouges extravasés (hémorrhagie) ; sur la papille centrale, le réseau de Malphigi en partie gonflé et ramolli, en partie séparé dans ses couches supérieures sous forme d'un réseau trabéculaire et cloisonné. Le même réseau, rempli de sérum et de quelques corpuscules d'exsudat, présente aussi une vésicule avec une enveloppe épidermique épaisse (1).

---

(1) Comparez Leloir, travaux sur l'altération cavitaire; *Arch. de*

Sous le rapport du traitement (1), nous ne sommes pas à même de neutraliser l'influence nerveuse qui altère dans leurs fonctions les vaisseaux capillaires d'un point de la peau, et cela d'une manière si remarquable, que ces affections, qui sont caractérisées, au début, par des hyperhémies artérielles, plus tard par des hyperhémies plutôt veineuses, ensuite par des exsudations séreuses et des hémorrhagies, présentent successivement les phénomènes propres des taches, des nodosités, des plaques d'urticaire, des vésicules, des bulles, des hémorrhagies, avec une tentance typique à s'étendre de plus en plus vers la périphérie.

Il ne nous est donc possible ni d'arrêter les premières éruptions, ni de prévenir les récidives, ni même de hâter la rétrocession des lésions qui existent ou d'abréger *in toto* le cours de la maladie. Il en résulte qu'il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement spécial pour tous les états morbides que je viens de passer en revue (2).

Physiol., 1878, 1880, etc., et Mémoire sur l'anatomie pathologique des érythèmes, etc., *sup. cit.* E. B. — A. D.

(1) Bien que cela soit difficile à saisir d'après le dispositif du texte courant, ce n'est pas du traitement de la péliose rhumatismale dont l'auteur veut parler, mais du traitement de l'érythème polymorphe considéré dans son ensemble. E. B. — A. D.

(2) Cette réserve est seulement applicable aux érythèmes supposés essentiels et dans lesquels l'ignorance de la condition pathogénique lie un peu les mains du médecin; encore, pour ceux-là, peut-on parfaitement agir rationnellement par tous les agents connus ou à découvrir de la médication névrovasculaire, et reste-t-il toujours l'indication symptomatique.

Quelques tentatives ont déjà été dirigées dans le sens d'une action spécifique, un peu théorique jusqu'à présent; tel, par exemple, l'emploi de l'iodure de potassium proposé par Villemin — De l'Éryth. polym., sa nat., son trait. spécifique. *Bull. de l'Acad. de méd.* et *Gazette hebdom.*, 1886 — à la dose de deux grammes par vingt-quatre heures. Les résultats de notre expérimentation n'ont pas concordé avec ceux qui avaient été annoncés par notre savant confrère, et bien que nous ayions appliqué sa médication un grand nombre de fois, nous ne pourrions dire si, dans les cas où l'érythème s'est amendé rapidement après l'administration de l'iodure de potassium, c'est réellement à ce médicament qu'il faut en reporter la cause. Nuisible dans quelques cas, dans les variétés bulleuses particulièrement, l'iodure de potassium est indifférent dans d'autres, et douteux le plus ordinairement.

Ce que l'expérimentateur doit avant tout savoir, c'est que la durée, la marche et la terminaison des érythèmes sont soumises aux plus extrêmes variétés, à l'irrégularité la plus grande, et que les conclusions thérapeutiques sont très difficiles à déduire. Un grand nombre de cas bénins guérissent rapidement par l'application des conditions hygiéniques les plus

Les cas d'érythème polymorphe ordinaire doivent être complètement abandonnés à eux-mêmes, puisqu'on peut promettre au malade d'une manière certaine une terminaison favorable spontanée, et que, bien rarement, une durée exceptionnellement longue du processus morbide viendra vous donner un démenti. Vous atténuerez le prurit incommode qui accompagne parfois l'érythème ortié et papuleux, par des badigeonnages avec de l'alcool du commerce, de l'esprit-de-vin rectifié avec ou sans addition de 1 gramme d'acide phénique ou d'acide salicylique sur 200 grammes de liquide, et en saupoudrant ensuite d'amidon, ou bien par des applications de linges imbibés d'eau froide. En présence de douleurs articulaires ou du gonflement considérable des jointures, ainsi que de phénomènes fébriles d'une certaine durée, il est préférable de faire garder le lit au malade, puisque la marche augmente l'œdème et les douleurs, et que de nouvelles hémorrhagies seraient à craindre, et de prescrire en outre du salicylate de soude, de l'antipyrine, de la quinine, etc. Des vessies remplies de glace, de l'eau froide ou une solution d'acétate de plomb basique, vous donneront également de bons résultats. On comprend facilement que, contre quelques symptômes généraux, un mouvement fébrile, des troubles gastriques, etc., il soit encore nécessaire de recourir à une médication

---

élémentaires, repos au lit absolu, suppression de toute fatigue, régularisation des fonctions troublées, digestives, urinaires, etc., ou par les moyens médicaux ordinaires : diète appropriée, suppression des agents irritants, enveloppement des surfaces dans la flanelle légère et la poudre d'amidon, etc., etc. Chez les sujets qui n'ont pas d'intolérance médicamenteuse, qui sont hospitalisés, soignés, et placés dans les conditions d'hygiène indiquées plus haut, l'administration d'un médicament tel que le salicylate de soude, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, etc., etc., peut être parfaitement innocent, et élevé à la dignité d'agent curatif par des observateurs qui ne seraient pas suffisamment pénétrés du génie de ces affections.

D'ailleurs, si ces observateurs portent leur expérimentation sur un assez grand nombre de malades, et si ils l'appliquent aux cas véritablement intenses ou graves, aux formes prolongées à manifestations successives ou subintrantes, ils ne tarderont pas à reconnaître que toutes les tentatives échouent jusqu'au moment où le processus morbide est arrivé au terme de son évolution. — Voyez à ce sujet, entre beaucoup d'autres, une très belle observation de Soulier, dans le *Lyon médical* de 1881, intitulée Arthritide polymorphe fébrile à forme grave, ou érythème papuleux; dans ce cas, le salicylate de soude, le sulfate de quinine, et l'*iodure de potassium*, etc., furent employés sans résultat, tandis que, au troisième mois, la maladie étant arrivée à son terme, la guérison coïncida avec l'administration de l'eau de laurier-cerise.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

interne appropriée : acide phosphorique, élixir acide de Haller, antifébriles et la diète.

Dans les cas où, par suite de fréquentes récidives, l'affection prend une forme plus grave et très pénible, il faut examiner avec soin l'état de santé de chaque malade en particulier et d'après cela prescrire un traitement approprié. On pourra ensuite, suivant les circonstances, recourir utilement aux cures d'eaux minérales (Carlsbad), aux toniques nervins, tels que la quinine, le fer, l'ergotine, l'hydrothérapie, l'électricité.

(β) ÉRYTHÈMES TOXIQUES (1)

Ce sont des érythèmes qui concordent en partie entièrement et tout à fait cliniquement avec ceux dont il a été question jusqu'à présent; ils s'en distinguent aussi en partie par leur figuration et leur évolution, mais s'en séparent essentiellement par leur cause; dans ces cas, c'est une substance infectieuse ou toxique qui est l'agent morbide; avant tout il faut mentionner la roséole dont il a déjà été question (page 140). Les taches peuvent se transformer en nodosités par l'augmentation de l'hyperhémie et de l'exsudation qui en forment la base, et on pourrait ensuite les classer parmi les érythèmes exsudatifs dont j'ai parlé,

---

(1) Ce chapitre, qui n'existait pas dans les éditions précédentes, et qui a été annexé comme introduction à la description de la pellagre et de l'acrodynie, n'est pas ici à son lieu ; c'est à l'étude pathogénique des érythèmes en général qu'il ressort normalement. Il n'a pas de raison d'être, et il n'y a pas à constituer une catégorie spéciale « d'érythèmes toxiques » ; il faudrait alors, pour être logique, décrire aussi à part tous les autres processus morbides qui peuvent être provoqués par des agents toxiques comme par une foule d'autres. C'est pour cela que nous n'avons pas attendu que le texte courant nous ait amenés sur ce point pour le traiter à sa place, c'est-à-dire à propos des conditions étiologiques et pathogéniques des érythèmes.

Il est parfaitement logique de faire une étude d'ensemble de toutes les ÉRUPTIONS *toxidermiques*, d'origine interne ou externe, telle que l'ont produite, il y a peu, deux savants dermatologistes américains : PRINCE A. MORROW, *Drug eruptions*, New-York, 1877, et JAMES C. WHITE, *Dermatitis venenata*, eod. anno, Boston; mais il n'y a pas lieu de décrire à part, dans chaque groupe dermatographique, une classe particulière d'éruptions toxidermiques, pas plus qu'il ne convient de le faire pour toutes les autres affections reconnaissant une même cause.

Il n'y a pas davantage la moindre raison de traiter dans un ouvrage de dermatologie de tous les érythèmes symptomatiques, secondaires, spécifiques, appartenant aux maladies générales, pyrexies, choléra, typhus, dothiénentérie, etc., etc. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

puisqu'elles correspondent au type que j'ai décrit ici, comme la roséole automnale, printanière (Willan), ou la roséole cholérique, variolique, vaccinale. Dans ces dernières, ainsi que dans la roséole typhique, c'est probablement la cause spécifique de l'affection, ou peut-être seulement la fièvre, le contage spécifique (sinon la cause même de la fièvre), qui agit sur les nerfs vasculaires, de manière à provoquer l'apparition de ces exanthèmes sur la surface du tégument, et on peut, par conséquent, les désigner comme « toxiques » au point de vue étiologique.

L'exanthème prodromique de la variole a déjà été décrit (page 279), ainsi que la roséole cholérique (page 140). L'exanthème typhique survient soit sous forme de taches, soit sous l'aspect de papules dans l'iléo-typhus et dans le typhus exanthématique. Dans certaines épidémies d'iléo-typhus, on constate une forme particulière de cet exanthème. On le trouve plus souvent sous forme de roséoles variant de l'étendue d'une lentille à celle de l'ongle ou de papules d'érythème sur le tronc, l'abdomen, et à la face interne des membres, soit au début soit durant le cours de la maladie. Il est plus stationnaire que l'érythème exsudatif multiforme typique. L'exanthème typhique de Diettel, appartenant en tout cas à l'iléo-typhus, survient sur la poitrine et l'abdomen, sous forme de papules allongées, brillantes, semblables à des grains de blé.

L'exanthème du typhus exanthématique est plus disséminé, nettement polymorphe et erratique, souvent même pétéchial et, comme les érythèmes typiques, localisé sur le tronc, et particulièrement sur le côté de la flexion des membres (W. Salomon).

La roséole syphilitique se présente également sous la forme de taches dont l'aspect ne subit aucun changement, mais qui persistent avec les dimensions et les caractères sous lesquels elles ont débuté, et disparaissent sans desquamation.

La plupart de ces formes éruptives, que l'on a introduites ces dernières années dans la science sous le nom d'exanthèmes médicamenteux (Köbner) (1), appartiennent aux exanthèmes toxiques indiqués ici d'après leur forme et leurs rapports étiologiques généraux, ainsi que d'après leur signification physiologique. Tandis qu'autrefois on savait seulement qu'il pouvait survenir des érythèmes, de la roséole et diverses

---

(1) Sans rien retrancher de la valeur ni du mérite des travaux du professeur Köbner, que nous apprécions plus que qui que ce soit, il est impossible de ne pas placer ici le nom de Bazin qui, dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles*, etc., Paris, 1862, a traité des éruptions médicamenteuses magistralement, et avec originalité ; il les désignait sous le terme impropre de « pathogénétiques », qu'il appliquait également aux agents toxidermiques.

E. B. — A. D.

espèces d'urticaire, après l'ingestion de quelques médicaments, par exemple, du baume de copahu; on a reconnu dans ces dernières années qu'il en était ainsi de bon nombre de remèdes, qu'ils fussent administrés par les voies digestives, en lavement, ou en injection sous-cutanée, par inhalation ou par un contact intime avec la peau et par conséquent à même d'agir sur les nerfs vasculaires. Tels sont la quinine, l'opium, la morphine, l'hydrate de chloral, le chloroforme, la térébenthine, la digitale, l'antipyrine, le mercure, le goudron, l'iode, le brome, et beaucoup d'autres. A côté des formes papuleuses, tubéreuses, bulleuses et pustuleuses plus rares et caractéristiques pour quelques substances médicamenteuses, c'est principalement un érythème qui représente l'exanthème médicamenteux : éruption analogue à celle de la scarlatine et à celle de la rougeole, érythème papuleux et ortié. Toutefois, cet érythème ne présente que rarement la localisation typique de l'érythème multiforme, et en général ses transformations sont beaucoup plus rapides que celles de cet érythème. L'exanthème quinique se traduit habituellement par une rougeur scarlatineuse foncée, quelquefois même généralisée. J'ai vu le même exanthème chez une femme, à plusieurs reprises, sous forme d'une rougeur scarlatineuse foncée diffuse, et, dans l'espace de quelques heures, il survint une pigmentation brun sépia sur les parties atteintes de la peau; chez une autre, deux fois l'éruption fut caractérisée par une rougeur pourpre généralisée, s'étendant du crâne à la plante des pieds, avec fièvre et desquamation générale consécutive. Chez deux personnes, auxquelles je donnais des soins, l'exanthème apparut après une très faible dose de quinine, sous forme de taches variant de l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main, constamment sur des districts déterminés de la peau, sur la face interne d'une cuisse, l'avant-bras, les fesses.

Enfin, il faut encore ranger dans le groupe des érythèmes toxiques l'érythème qui précède ou accompagne la pellagre et l'acrodynie.

PELLAGRE (1)

La pellagre, risipola lombarda, mal rosso, mal del sole, éruption de la Lombardie, est considérée comme une maladie endémique qui atteint

---

(1) Il n'y a pas plus de motifs de traiter de la pellagre dans un traité de pathologie cutanée que d'y décrire toutes les maladies générales qui ont dans leurs éléments symptomatiques un érythème quelconque; passe encore de dépeindre à part l'érythème pellagreux, mais y étudier la maladie dans son ensemble est excessif, et représente un empiètement de la pathologie cutanée sur la pathologie proprement dite.

E. B. — A. D.

principalement la population pauvre des plaines de la Lombardie, du Piémont, de la Vénétie et de la France méridionale (1). Dans ces dernières années, on a signalé la présence de cette affection à un degré notable d'intensité et de diffusion en Roumanie (Scheiber), en Espagne et dans les régions méridionales de la France (2). Je ferai immédiatement remarquer ici, que, depuis le milieu du siècle précédent, on a publié de très nombreux mémoires sur la pellagre (3) ; mais, bien qu'on se soit presque exclusivement occupé de sa présence dans les plaines de l'Italie supérieure, on n'est cependant pas arrivé à une description identique et généralement satisfaisante des symptômes, de la cause et de la nature de la maladie. En conséquence, il s'est produit de temps à autre des doutes sur la réalité d'une forme morbide méritant le nom de pellagre, et Winternitz, d'après ses propres observations faites sur des individus prétendus pellagreux et d'après des recherches bibliographiques, a cru pouvoir, en 1876, poser cette conclusion, qu'il n'existe aucune affection spéciale méritant cette appellation, et que les médecins qui l'ont admise réunissaient sans motif, sous le nom de pellagre, toute espèce de maladies, qui mieux diagnostiquées trouvaient leur place dans les cadres pathologiques connus (4).

Mais à l'encontre de l'opinion de Winternitz, il y a des observateurs

---

(1 — 2) Il n'y a jamais eu en France autant de pellagreux que l'imagination des observateurs en a représentés ; il n'y en a plus en 1888, pas même dans les Landes. — Voyez le très remarquable article *Pellagre* de Jules Arnould dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Paris, 1886. E. B. — A. D.

(3) Voyez la bibliographie de l'article cité, ci-dessus.
E. B. — A. D.

(4) A très peu de chose près, nous sommes de l'avis de Winternitz ; il n'y a pas d'entité morbide méritant le nom de pellagre, et il y a des complexus morbides très divers qui reproduisent quelquefois exactement le type auquel correspond la « maladie du maïs » ; le moment est venu de rectifier sur ce point les descriptions et les conceptions variées dans lesquelles l'imagination de quelques auteurs s'est trop librement donné carrière. En fait, plusieurs cachexies de nature diverse, états morbides issus surtout de la *misère physiologique,* comprennent, au nombre de leurs manifestations, toutes celles que l'on a rattachées à la pellagre, sans en excepter les lésions trophiques de la peau, et éventuellement les érythèmes caloriques et chimiques dont on a voulu faire à tort un symptôme exclusif à la pellagre. Si ces conditions ne se présentent pas réunies chez un individu, ou dans une agglomération, il n'y a ni pellagre, ni pellagroïdes, et la maladie, à la manière de toutes celles qui sont purement accidentelles, disparaît entièrement.
Ernest Besnier. — A. Doyon.

extrêmement nombreux et compétents, connaissant la maladie d'après leur observation personnelle, qui la considèrent comme un processus spécial. Hebra lui-même affirme avoir observé des pellagreux en grand nombre, et déclare que cette affection a incontestablement la plus grande ressemblance avec d'autres intoxications occasionnées par des végétaux altérés. J'ai vu, moi aussi, des cas isolés qu'il m'est impossible de ranger ailleurs que dans le groupe très caractérisé des affections pellagreuses.

Les symptômes de la pellagre sont décrits d'une manière très différente. Je crois que cela tient à ce que la maladie se manifeste avec des formes diverses et une marche variable ayant une évolution ou aiguë ou excessivement lente, avec des phénomènes en petit nombre ou multiples, tranchés ou seulement rudimentaires.

En général, les auteurs reconnaissent à cette affection de nombreuses périodes. La première est caractérisée par de l'érythème (1). Sur la face dorsale des mains, la face, le cou et la poitrine, en général sur toutes les régions nues et exposées aux rayons du soleil (chez les ouvriers), la peau paraît d'un rouge brun foncé. Le mal survient au printemps et durant l'été, disparaît avec une desquamation légère en automne et pendant l'hiver, et revient plusieurs années de suite avec le retour des chaleurs solaires. Par l'effet des récidives fréquentes, l'épiderme se colore en brun olive foncé sur les parties érythémateuses et s'exfolie en lamelles très épaisses. Il s'y joint de la faiblesse musculaire et un malaise général. A partir de ce moment, le mal peut disparaître complètement. Ou bien il entre dans la seconde période, qui est caractérisée par une plus grande faiblesse musculaire, des convulsions, une sensation continuelle de froid et d'autres modalités tégumentaires. La peau paraît alors en général, surtout à la face, aux mains et aux pieds, d'un rouge bleu, ou brun bronze brillant, avec épiderme aminci, semblable à du satin, elle est excessivement sensible (2). Les malades éprouvent des fourmil-

(1) L'érythème n'appartient pas au *début* véritable de la pellagre; il n'existe que quand, la maladie étant constituée, les sujets ont été exposés aux conditions qui le provoquent, conditions d'extériorité et d'exposition au soleil si bien exposées par Ch. Bouchard — Voyez Recherches nouvelles sur la Pellagre, in-8°, Paris, 1862, p. 86 et suiv. — qui a formulé le résultat de ses observations en disant : « L'ÉRYTHÈME PELLAGREUX EST UN COUP DE SOLEIL, » et qui a en outre, après Charcot (1858) et Perroud, de Lyon, complètement étudié (1877) l'action chimique de la radiation solaire (rayons violets, chimiques). E. B. — A. D.

(2) Bouchard, *loc. sup. cit.* — H. Gintrac, Nouv. Dict. de méd. et chir., art. *Pellagre*, et J. Arnould, art. cité. — Hillairet et Gaucher, Traité théor. et prat. des mal. de la peau, p 263 et suiv. — P. Raymond, Les altérations cutanées de la pellagre. La pellagre en Autriche, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. X, 1889. E. B. — A. D.

lements ou des engourdissements dans les doigts. Ils ont constamment des frissons. Les doigts restent fléchis; le contact du sol est douloureux pour la peau de la plante des pieds. En même temps, il se produit des troubles dans les organes des sens, des crampes, de la diarrhée, du délire, de l'assoupissement, de la mélancolie (folie religieuse) et de l'idiotisme. Les malades meurent dans le marasme, avec une diarrhée colliquative ou des lésions aiguës ou chroniques des poumons, des reins, du cœur.

Outre les altérations anatomo-pathologiques correspondant à ces complications, on a vu à l'autopsie (Labus, Scheiber, etc.) de la pachyméningite, de la sclérose du cerveau et de la moelle épinière, et souvent un état anémique ou atrophique des organes internes, comme après l'inanition chronique (1).

Au nombre des diverses causes qui ont été signalées pour la pellagre (comme la misère, en général, certaines conditions telluriques et climatériques, l'action du soleil, — érythème solaire, — l'hérédité, car le mal a été constaté même chez des nourrissons), on a insisté spécialement sur l'alimentation exclusive par le maïs (Kukurutz, zea, maïs, polenta des Italiens), et on a fait observer à ce propos que la pellagre ne frappe que la population pauvre de certaines régions se nourrissant exclusivement de ce végétal. Depuis le règne de la théorie des champignons dans l'étiologie des maladies, on considère le champignon du maïs (sporisorium maidis) comme la cause de la pellagre, notamment si l'on ne peut accuser que la nourriture avec la farine de maïs gâté et moisi.

Lombroso a provoqué expérimentalement les symptômes de la pellagre en administrant de la teinture de maïs gâté (1860). Il a prouvé ainsi positivement, d'abord l'existence de la maladie; puis, que le maïs en était la cause; mais en même temps, il s'est vu conduit, par la marche de ses expériences, à reconnaître que la pellagre n'était occasionnée ni par le champignon du maïs, ni par le champignon ordinaire de la moisissure, mais par une substance spéciale qui se développerait dans la farine du maïs gâté.

Cette dernière opinion n'est certainement pas exacte d'une manière générale, puisque Scheiber, d'autres auteurs et moi-même, avons vu la pellagre chez des personnes qui n'avaient jamais fait usage de farine

(1) Ainsi que l'on pouvait le préjuger étant donné le caractère accidentel du complexus pellagreux, les lésions cutanées n'ont aucune spécificité anatomique ; ce sont celles des érythèmes chimiques, aigus ou chroniques ; celles que peuvent produire les névrites périphériques les moins spéciales ; des altérations athrepsiques, dystrophiques, atrophiques comme dernier terme. E. B. — A. D.

de maïs, mais qui avaient usé de la même nourriture que les habitants des villes. Car parmi ces personnes, on en comptait aussi qui n'avaient jamais travaillé au soleil (1); — un des cas que j'ai observés venait de la Bohême, où la pellagre ne règne pas d'une manière endémique; — il est évident qu'il reste encore bien des points obscurs dans la pathogénie de cette affection.

---

(1) Nous n'avons jamais vu l'érythème pellagroïde chez des sujets qui n'avaient pas subi l'action solaire; quant aux lésions trophiques, elles peuvent avoir été précédées d'érythème chimique, mais elles peuvent aussi se développer sans ce préliminaire. Nous avons déposé dans le musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le numéro 916, un magnifique exemple d'érythème chimique solaire chez une vieille femme cachectique, qui n'était pas une pellagreuse.

Sur le dos des mains, d'un rouge ardent, croûtes squameuses, séparées par des rhagades en apparence très profondes correspondant aux plis de la peau qui étaient très accentuées par l'âge et la cachexie. Cette pièce a été moulée par Baretta sur une vieille femme de soixante et un ans, journalière, hôpital Saint-Louis, salle Gibert, du 28 mai au 19 juin 1883, *venant du dépôt de mendicité* de Saint-Denis.

La lésion des mains datait de quinze jours, survenue *après une exposition de plusieurs heures au soleil, la malade y étant restée exposée, endormie;* au début, rougeur vive, vésicules de volume croissant; bulles à contenu transparent; état fébrile assez vif. A l'infirmerie du dépôt, simples applications de poudre d'amidon.

A l'examen, larges lambeaux épidermiques décollés par les bords couvrant la face dorsale des deux mains, et laissant voir, au-dessous, la couche cornée de l'épiderme en réparation avancée; fissures profondes en apparence, et longues, au niveau de tous les plis; croûtelles jaunâtres teintées de sang.

État général très mauvais; diarrhée; inappétence; œdématie des membres inférieurs; amaigrissement et anémie extrêmes; aucune lésion viscérale appréciable; pas d'albuminurie ni de glycosurie. Refus complet des aliments; la malade ne veut accepter que de l'eau sous prétexte que les aliments sont empoisonnés. Cela à part, nul signe d'aliénation réelle, et la *volonté de se suicider* par inanition paraît être la cause réelle de ce refus; le découragement, l'ennui de la vie est absolu. L'amaigrissement, l'anémie sont extrêmes, et la mort survient par extinction simple le 16 juin.

Les lésions du dos des mains avaient cédé, en très peu de jours, aux applications émollientes simples.

Nécropsie: Congestion simple des poumons et des reins. Foie graisseux simple. Athérome artériel marqué, surtout à la crosse aortique. Cœur gras, flasque, dilaté, amyotrophié, à orifices inaltérés. Cerveau, estomac, intestins intacts.

En somme, érythème solaire bulleux chez une vieille femme misérable et cachectique, lésion mixte d'action chimique et de vitalité affaissée. La malade n'avait jamais mangé de maïs et n'avait pas habité un pays à pellagre; nous avons observé les mêmes lésions cutanées, et le même complexus morbide, chez d'autres vieilles femmes atteintes de maladies cachectiques diverses, y compris le carcinome gastrique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Dans les premières périodes de la maladie, ce n'est que par un séjour dans des conditions hygiéniques convenables, une bonne nourriture et un régime réconfortant, l'hydrothérapie, les préparations ferrugineuses, etc., que l'on peut espérer obtenir un résultat favorable. Certains cas guérissent aussi spontanément. Les formes plus avancées, notamment quand elles sont accompagnées de troubles intellectuels, entraînent constamment la mort.

ACRODYNIE

L'acrodynie, ou érythème endémique, a beaucoup d'analogie avec la pellagre. Elle a régné épidémiquement à Paris, d'après l'affirmation d'Alibert, en 1828, et d'après Hirsch, en 1829 et 1830 (1). Les mains et

---

(1) *Nous avons déjà dit*, dans la première édition de cette traduction, que c'était bien en 1828 que l'acrodynie avait débuté à Paris dans l'Infirmerie Marie-Thérèse (asile de vieillards); l'épidémie subit dès l'hiver un premier affaissement, mais elle se releva au printemps ; elle fut considérée comme éteinte par l'hiver rigoureux de 1829-1830 ; cependant, on en reconnut encore quelques cas pendant les années 1830 et 1831 ; puis, il n'en fut plus question à Paris.

Les *altérations cutanées* de la maladie consistaient en manifestations *érythémateuses* et en *colorations brunes* (pigmentaires)?

L'*érythème*, que l'on pouvait voir se développer sur tous les points du tégument, affectait surtout les extrémités, les jambes, et, plus particulièrement, les mains et les pieds dans leurs faces palmaires et plantaires ; tantôt il était simple, tantôt polymorphe, sudoral, desquamatif par exfoliation simple furfuracée, ou lamelleuse, ou après production de suffusions sanguines, de vésicules, de bulles ou de phlyctènes.

Alibert (*Monographie des dermatoses*, 2e édit. Paris, 1833, p. 12) a donné, des lésions cutanées de l'acrodynie, un tableau surchargé de couleur à sa manière habituelle ; sa description, la seule qui émane d'un dermatologiste, n'en est pas moins la plus utile à être connue à notre point de vue spécial, aussi la mettons-nous sous les yeux du lecteur. « Plusieurs de ces malades, dit Alibert en parlant des acrodyniques, s'offrirent à nous, ayant aux extrémités des ampoules ou cloches remplies d'une sérosité limpide ou roussâtre ; cet écoulement une fois terminé, la cuticule s'exfoliait et tombait en lamines plus ou moins considérables ; celle des mains se résolvait en écailles sèches et furfuracées, tandis qu'on voyait se séparer des pieds des plaques d'une épaisseur extrême. Nous reçûmes, entre autres, un colporteur dont les talons étaient cornés et durs comme le marbre ; il avait les parties inférieures des deux jambes comme enchâssées dans une demi-botte. Ces malades présentaient d'ailleurs tous les phénomènes de l'érythème ; on apercevait, çà et là, sur plusieurs points de la surface cutanée, particulièrement aux cuisses, aux jambes, aux pieds, aux bras, aux avant-bras, aux mains, des zones enflammées, d'un rouge pourpre ou violet. Mais

les pieds des personnes atteintes étaient le siège d'un érythème avec desquamation consécutive, ou même avec formation de vésicules et de bulles, exfoliation de l'épiderme épaissi sous forme de lambeaux, comme dans la pellagre, tandis que la peau de la poitrine et de l'abdomen présentait une pigmentation presque noire.

Des convulsions, une sensibilité des doigts et des orteils, des douleurs vives dans les mêmes parties, avec vomissements, diarrhée, ischurie, se joignaient aux symptômes précédents et entraînaient souvent la mort. On attribua, en général (Chomel, Récamier, etc.), l'origine de cette maladie à des céréales altérées qui avaient été livrées à la consommation, et on trouva une analogie entre cette affection et la pellagre.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

(*b*) URTICAIRE

Formes et signification de l'urticaire, urticaire idiopathique et symptomatique, aiguë et chronique.

La maladie appelée urticaire (*Cnidosis, Nesselsuchi, Porcellanfriesel*) consiste, comme son nom l'indique, dans la production d'efflorescences de la dimension de l'ongle, et même plus grandes, survenant subite-

---

ce qui attira particulièrement notre attention, chez la plupart des personnes frappées de l'érythème épidémique, c'est la couleur noire et fuligineuse qui affectait la surface des téguments ; cette couleur se prononçait surtout au ventre, à la poitrine, sous les aisselles, aux seins... Presque tous les individus qui venaient réclamer nos soins avaient un teint de ramoneur; certains d'entre eux avaient le corps tellement couleur de suie, que l'illusion était complète... Quand on grattait ces plaques, qui étaient comme terreuses, la cuticule se réduisait en une matière farineuse. »

On a, depuis, signalé un assez grand nombre d'épidémies dénommées acrodyniques ; telle, par exemple, *l'épidémie du camp de Satory* en 1874, (Bodros, *Recueil des Mém. de méd., chir. et pharm. milit.*, t. XXXI, 3e série, 1875, p. 428) ; mais en général sans raison démonstrative (voy. A. Laveran, *Contribution à l'étude de l'acrodynie, ibidem*, t. XXXII, 3e série, 1876, p. 113). Toutefois, ce dernier travail est suivi du résumé d'un Mémoire inédit, envoyé en 1868 au Conseil de santé des armées par M. le Dr Bresson, sur une épidémie vraisemblable d'acrodynie, observée à Zitocuaro (Mexique), du 21 mars au 23 avril 1866. — Comparez : A. Ollivier, Arsenicisme et Acrodynie. — Rapp. sur les communications de MM. Vidal, Marquez et Dubrandy, relatives à l'affaire des vins empoisonnés de la ville d'Hyères, *in Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1888, p. 617. Ernest Besnier. — A. Doyon.

ment, d'un rouge rose ou blanc brillant et entourées d'une aréole rouge, formant des élevures aplaties, arrondies ou irrégulières, et un peu dures au toucher. Ces plaques donnent lieu à un prurit intense et à une vive sensation de cuisson ; elles ont une durée extrêmement éphémère, car elles disparaissent complètement en quelques minutes ou en très peu de temps, sans laisser après elles ni desquamation, ni une trace quelconque (1).

Chaque plaque d'urticaire s'étend rapidement en surface, et, par la progression de son bord périphérique rouge, elle atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes, de 5 francs en argent, et même plus. La surface centrale reste d'un blanc brillant, *urticaire porcelaine*, unie ou bien avec une légère dépression centrale. Plus tard, la plaque s'affaisse et disparaît sans laisser de trace, ou seulement une faible pigmentation brune. D'autres fois, elle s'efface au centre, tandis qu'elle progresse à la périphérie. Il peut se produire alors des formes en anneaux, *urticaire annulaire;* la réunion de plusieurs de ces anneaux donne lieu à l'*urticaire linéaire*, *figurée*, ou bien constitue des cercles concentriques et excentriques qui, par suite de la marche rapide de l'éruption, changent très promptement d'aspect. Comme nous le verrons, la peau des malades atteints d'urticaire (2) est extrêmement sensible, même dans les parties indemnes de plaques ortiées ; il est facile de provoquer, par le simple contact avec le doigt ou avec l'ongle, des stries, des raies, voire même toute sorte de dessins, etc., *urticaire provoquée.* Le contact des ongles produit une raie blanche qui prend immédiatement une teinte rouge et ensuite blanc brillant, s'élève en plaque et persiste un temps plus ou moins long, pouvant ainsi dépasser les limites de la lésion traumatique.

Le phénomène appartient au processus de l'urticaire, il est connu depuis longtemps. Donc, comme Michelson l'a très justement démontré, il est tout à fait inutile de mener un tel bruit avec la femme autographique de Dujardin-Beaumetz (3), comme s'il s'agissait d'un fait inouï.

---

(1) Tout cela, bien entendu, à titre de caractères généraux, communs, mais non exclusifs; la *durée* réelle de beaucoup de plaques ortiées se compte par heures; quant aux *traces consécutives*, cela dépend des conditions individuelles, âge, état pathologique, etc., et l'auteur, lui-même, va dire quelques lignes plus bas que l'urticaire peut laisser à sa suite des macules pigmentaires. E. B. — A. D.

(2) Il est plus exact de dire « de *quelques* » malades atteints d'urticaire, car le phénomène de l'urticaire provoquée ne peut pas se produire chez tous les sujets atteints d'urticaire à toute excitation, et tous les sujets autographiques ne sont pas en permanence atteints d'urticaire. E. B. — A. D.

(3) Personne n'a jamais présenté le fait de DUJARDIN-BEAUMETZ comme

Chez une jeune fille présentée par cet auteur, on pouvait provoquer, par le contact du doigt sur la peau, des dessins et des lettres à volonté, par conséquent un véritable autographe d'urticaire ! Chez les personnes à système nerveux irritable, les nerfs vasculaires sont justement aussi très excitables, et, par conséquent, la tonicité vasculaire est très instable. Des cas de cette nature ont été observés assez souvent par d'autres médecins et tout le monde peut en avoir rencontrés.

Pas même il n'est besoin qu'il s'agisse précisément d'une fille hystérique. Il y a des personnes qui, sous l'influence de la pression locale

---

« inouï » ; lui-même, bien qu'il crut qu'il n'y avait pas dans la science de cas *tout à fait* semblable au sien, en signale plusieurs *analogues*, — Voy. Note sur des troubles vasomoteurs de la peau observés chez une hystérique (femme autographique), *in Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, année 1879, 2e série, t. XVI, p. 197 et suiv.— et plusieurs membres de la Société firent également remarquer que ce fait n'était ni unique, ni inconnu, ni le premier qui fût rapporté dans la science ; Straus rappela qu'il en existait un cas dans le *Centralblatt* de la même année ; Constantin Paul produisit plusieurs exemples comparables observés par lui longtemps auparavant, et l'un de nous — *loc. cit.*, p. 202 — prenant part à la discussion, ajouta ce qui suit :

« M. E. Besnier. Le phénomène de l'élevure de la peau sous l'influence d'une irritation locale est commun chez certains individus présentant une disposition à l'urticaire, et l'interprétation de ce fait a été donnée depuis longtemps. Mais la malade de M. Beaumetz présente quelque chose de particulier; c'est d'abord l'intensité du phénomène en question, puis la facilité avec laquelle on peut le produire, et enfin ses rapports avec l'hystérie qui sont ici de toute évidence. »

L'observation du texte courant n'est donc pas fondée, et quoi qu'il en soit, la publication du fait de Dujardin-Beaumetz a, au moins dans ce pays, rappelé l'attention sur un phénomène à la vérité connu *depuis des siècles*, observé déjà scientifiquement et interprété à sa valeur, mais dont la notion n'était pas convenablement *vulgarisée*. Voilà tout, et voilà la vérité. On sait aujourd'hui que l'urticaire provoquée s'observe chez une série de sujets névropathiques à des titres divers, parmi lesquels les hystériques des deux sexes, un certain nombre d'urticariens de tout sexe et de tout âge, avec ou sans urticaire spontanée.

Chez certains sujets, le phénomène est toujours réalisable; chez d'autres, il ne l'est qu'à titre temporaire; les uns sont des hystériques, les autres des névropathes d'un ordre différent; le plus grand nombre comprend des sujets en état *temporaire* d'urticaire survenu sous l'influence des causes les plus diverses, et chez lesquels toutes les excitations de la peau produisent des plaques ortiées, mais qui ne sont pas pour cela tout à fait assimilables aux sujets que Mesnet a caractérisés du mot d'*autographiques*. Ernest Besnier. — A. Doyon.

d'une chaussure ou d'un corset (dans ces points on l'observe souvent), voient apparaître des pomphi et même des bulles, urticaire provoquée bulleuse; et Campana a publié la photographie d'un individu qui n'était nullement hystérique, d'un homme âgé, sur le dos duquel apparaissait en écriture ortiée son nom et son âge.

Je crois qu'il faut absolument ranger dans cette catégorie les cas de formation bulleuse consécutive à une pression mécanique, décrits par Goldscheider, Valentin et Köbner, sous le nom de disposition héréditaire bulleuse (épidermolyse bulleuse héréditaire, Köbner).

On voit parfois survenir sur une ou plusieurs plaques d'urticaire, des vésicules et des bulles, par suite de l'accumulation dans l'épiderme d'une grande quantité de sérum (*urticaire vésiculeuse et bulleuse*), qui par leur rupture forment des croûtes; d'autres fois, ce sont seulement des papules infiltrées de sérosité (*urticaire papuleuse*).

Les intimes modifications anatomiques, dans l'urticaire, correspondent essentiellement à celles qui ont été indiquées pour l'érythème papuleux (1). On trouve les capillaires des papilles dilatés, l'imbibition

(1) Sur une papule d'urticaire excisée sur lui-même, Leloir a constaté à quel point les lésions de l'urticaire étaient voisines de celles de l'érythème multiforme ordinaire. Mais ce n'est pas seulement par les caractères anatomiques et par le mode pathogénique que l'urticaire se rattache aux érythèmes, c'est par tous ses caractères cliniques. On serait, en effet, dans l'erreur si l'on pensait que le processus ortié se réduit à la seule efflorescence typique de l'urticaire absolue; on observe, en outre, presque toutes les autres formes : l'urticaire papuleuse à sommets excoriés par le grattage, *faux* lichen aigu de beaucoup d'auteurs, et les grosses saillies de l'urticaire tubéreuse simulant l'érythème noueux; l'urticaire érythémateuse — *U. congestive* — en grandes nappes, roséoliforme, rubéoliforme, scarlatiniforme; l'urticaire en larges disques, en anneaux et en festons; l'urticaire œdémateuse, etc. Tous ces types divers, ainsi que l'urticaire absolue, coexistent ou alternent avec les autres variétés d'érythème multiforme.

— Voir, parmi les pièces les plus remarquables du musée de l'hôpital Saint-Louis : *a*) n° 512 (Lailler) « *E. urticans* » ; l'érythème y décrit sur la nuque des festons rouges, saillants, et forme des plaques saillantes, à bords rouges, à centre porcelainé. — *b*) n° 1806 (*idem*) « *E. marginé urticans* », très beau type d'urticaire à grands disques formés de la réunion de nombreuses plaques dont les anneaux érythémateux confluents s'effacent aux contacts. — *c*) n° 830 (*idem*) ; les bordures annulaires hémicycliques, en crosse, etc., sont saillantes, blanches, porcelainées; sur le coude, plaques typiques où l'on voit toutes les nuances de dégradation du type, etc., etc.

Comme dans l'érythème multiforme, la prédisposition existe dans l'urticaire, et celle-ci fait souvent partie d'une série morbide très nette qui comprend, dans l'enfance et dans la jeunesse, les engelures, dans

séreuse des papilles et parfois du réseau, la dilatation des espaces interstitiels du tissu, des espaces lymphatiques des papilles et des vaisseaux, de rares cellules lymphoïdes, des cellules migratrices, parfois des extravasations sanguines microscopiques (Pick). Dans l'urticaire bulleuse, il s'y ajoute aussi les modifications histologiques du réseau, qui appartiennent en général à la formation bulleuse.

---

l'adolescence et la jeunesse l'érythème multiforme, variété hydroa principalement; chez ces sujets, l'urticaire alterne avec les manifestations sus-indiquées, et elle leur survit dans l'âge moyen. — La récidive, l'action du froid, des ingesta, des troubles nerveux, etc., appartiennent aux urticaires comme aux érythèmes simples; les mêmes agents médicamenteux, ou toxiques, les provoquent.

De même que dans l'érythème polymorphe, on voit dans l'urticaire se manifester le processus hémaphéique, la congestion purpurique; tantôt quelques plaques ortiées naissent ou deviennent hémorrhagiques, tantôt une macule hématique survit à l'urticaire, tantôt enfin une véritable péliose rhumatismale coexiste avec l'urticaire; tous ces phénomènes offrent seulement cette particularité d'avoir la mobilité, l'instabilité, et le caractère éphémère des manifestations de l'urticaire. Enfin, le processus ortié comporte, comme le processus érythémateux, l'élément bulleux qui achève et complète l'assimilation.

Les faits de transition entre l'urticaire absolue et l'érythème multiforme sont nombreux; on peut s'en rendre compte si l'on veut bien examiner les malades complètement, et dans les premières périodes. On trouve, par exemple, chez le même sujet, de l'œdème de la face, des plaques d'urticaire typiques surélevées, blanches au centre, relevées sur les bords, cerclées par une zone hyperhémique simple; puis, sur un grand nombre de points, disséminées, des taches arrondies, sans aucune saillie, et du type érythémateux le plus simple. Autres types pris dans nos observations :

I. — Après avoir fait abus de fraises à une époque où ces fruits étaient en grande abondance et à vil prix, un sergent de ville entre à l'hôpital pour un érythème multiforme prurigineux : papules, groupes de papules, placards confluents d'érythème marginé ou festonné; n'était la vivacité du prurit et son existence aux faces palmaires et plantaires, où il n'y a pas d'éruption, il serait objectivement impossible de déclarer que cet érythème est de l'ordre ortié. C'est seulement dans la série ultérieure, très prolongée, des accidents qui, pendant plusieurs mois, ont affecté la forme d'urticaire périodique nocturne, que la différenciation objective s'est manifestée.

II. — Une femme, qui n'avait jamais eu d'urticaire, vient à l'hôpital le 18 septembre 1882 pour une éruption datant de quarante-huit heures, étendue à la plus grande partie du corps. Sur les joues, le col, la plus grande partie du tronc, larges plaques d'érythème lisse; sur le dos des mains, érythème lisse œdémateux, mêmes caractères sur le dos des pieds. Tout cela est très prurigineux, mais nullement ortié, persiste le

La maladie constituée par les plaques dont je viens de vous parler est l'urticaire. Née sous l'influence de causes multiples que je vous indiquerai bientôt, elle se manifeste parfois simultanément sur différentes régions du corps; dans d'autres circonstances, les plaques ortiées surviennent d'une manière successive, de quinze à vingt, et même en plus grand nombre, sur tout le corps, sans sièges spéciaux d'élection, de telle sorte qu'on peut voir en même temps tous les degrés possibles de développement et de régression. Aux paupières, au prépuce, les plaques occasionnent un œdème considérable, au point de faire paraître l'œil complètement fermé; toutefois cet état persiste peu de temps (1).

Sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'épiglotte, il survient parfois en même temps des rougeurs passagères et de l'œdème correspondant aux plaques, lesquelles peuvent augmenter considérablement le volume de la luette et de l'épiglotte, au point de faire craindre l'asphyxie (2). Cependant, ces accidents sont très rares; ils appar-

---

lendemain de l'examen dans les mêmes conditions. Le 19, ce jour-là seulement, on constate sur la partie inférieure du bras gauche une plaque d'urticaire vulgaire, une seule, mais très nette; le 21, tout avait disparu, œdème, éruption, prurit.

Enfin, tout le tableau clinique des phénomènes généraux des érytèmes multiformes, et la plupart de ses localisations, peuvent se retrouver dans l'urticaire. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il y a une variété d'urticaire qui mérite la qualification d'*urticaire œdémateuse;* tantôt l'œdématie est *généralisée*, se montrant surtout aux extrémités des membres, à la face, sans qu'il y ait aucune altération rénale ni urinaire; c'est l'extension à un territoire plus étendu, et la prédominance du processus œdémateux propre de l'urticaire. Dans ces cas, le prurit et les plaques ortiées caractéristiques, que l'on retrouve soit au niveau des régions œdématiées, soit ailleurs, éclairent le diagnostic. Dans d'autres cas, l'œdématie est *partielle*, localisée à une paupière, à la langue, à la lèvre supérieure, à la vulve, au prépuce; le diagnostic s'établit alors encore assez aisément par exclusion, et en constatant l'absence de toute autre cause générale ou locale d'œdématie, en reconnaissant la condition étiologique, et il est très ordinairement contrôlé par la prédisposition ortiée connue du malade, ou par l'apparition de plaques d'urticaire vulgaire au moment de la délitescence de l'œdématie, non moins que par le prurit qui l'accompagne d'ordinaire.
E. B. — A. D.

(2) La question de l'urticaire buccale, labiale, linguale, palatine, tonsillaire, pharyngée, est assez bien connue, et l'on doit y songer dans les cas de troubles intenses avec œdématie de ces régions, développés avec rapidité; sur les lèvres et sur la vulve, les formes œdémateuse, noueuse, furonculeuse, sont quelquefois embarrassantes, et ne doivent

tiennent particulièrement à l'*urticaire géante*, *Riesenurticaria* (Milton). Dans cette variété, les plaques cutanées sont extrêmement volumineuses, dures, œdémateuses, semblables à des furoncles; leur véritable nature se reconnaît à leur apparition brusque, à l'absence de douleur et à leur durée éphémère. L'affection décrite par Quincke et présentée par lui et ensuite par d'autres auteurs (Strübing) comme un œdème aigu, circonscrit de la peau, qui s'accompagne de phénomènes gastriques et de récidives, serait en réalité une urticaire récidivante (1).

Comme les autres angionévroses, l'urticaire est souvent accompagnée de malaises et d'une sensation douloureuse vague dans les membres.

Quel que soit le nombre des plaques, leur durée est toujours très courte. Le processus est essentiellement aigu, on ne peut l'observer que pendant un ou plusieurs jours, *urticaire aiguë* (*evanida*) (2). Cependant il y a des cas dans lesquels l'éruption peut durer plusieurs semaines, des mois et des années, sous forme de poussées irrégulières

---

pas être oubliées dans l'analyse clinique des lésions aiguës de ces régions.

Mais la question de l'urticaire des muqueuses profondes et des viscères n'a pas fait de progrès; on sait toujours, certainement, que, concurremment ou en alternance avec des déterminations cutanées nettement ortiées, on voit assez souvent survenir des phénomènes nasaux, laryngés, trachéaux, bronchiques (l'asthme surtout), œsophagiens, gastro-intestinaux, vésicaux, utéro-ovariens, mais en réalité, tout cela aurait besoin d'être soumis à une observation nouvelle, et reste bien faiblement établi en ce qui concerne l'assimilation véritable, et la constitution ferme d'une « endermose » pour employer le mot créé par Guéneau de Mussy, d'une urticaire interne ou viscérale. — Voy. Rapin. De quelques formes d'urticaire géante, urticaire interne, *Revue médicale* de la Suisse romande, 1886, Anal. par Thibierge *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. III, 1887, p. 37 et 45. — Mais, jusqu'à nouvel ordre, le médecin praticien ne peut pas, dans son esprit, séparer ces divers phénomènes les uns des autres, surtout quand ils se succèdent et se remplacent. E. B. — A. D.

(1) Les termes d'urticaire tubéreuse, noueuse, etc., s'appliquent exactement à ces formes qui confinent à certains cas de *nodosités rhumatismales* au point de rendre parfois le diagnostic momentanément embarrassant. E. B. — A. D.

(2) L'*évolution nocturne*, propre à un grand nombre d'éruptions, est extrêmement accentuée dans l'urticaire; quelques variétés sont *absolument nocturnes*, périodiquement; l'éruption a disparu le matin, ou n'a laissé que des traces, des macules érythémateuses, des excoriations de grattage; quelques-uns ont la période diurne absolument libre, et ils perdent même la faculté autographique, qui reparaît avec la poussée nocturne. E. B. — A. D.

ou composées d'exacerbations et de rémissions, *urticaire récidivante, chronique* (*urticatio, Nesselsucht*). Il en résulte que l'urticaire, qui paraît être une affection si exempte de dangers, présente une plus grande importance suivant la nature et le nombre des symptômes concomitants et des complications. Il faut comprendre parmi ceux-ci, outre des pomphi récents, des excoriations, de la pigmentation, des papules et des pustules, un prurit subjectif très pénible et une sensation de brûlure sur les points qui sont le siège de l'éruption, des fourmillements, une sensation d'engourdissement dans les doigts, des douleurs dans les articulations et les os creux, symptômes qui accompagnent particulièrement les éruptions récentes; de plus de la dyspepsie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre (*urticaire fébrile*) rémittente et intermittente, et beaucoup d'autres symptômes, dont il sera question à propos des formes d'urticaire dans le cours desquelles on les observe.

L'importance de cette affection ne peut s'expliquer que quand on connaît les causes diverses qui peuvent occasionner l'urticaire. Tantôt elle constitue un malaise passager tout à fait insignifiant, tantôt une maladie réellement grave.

Pratiquement, il est convenable de diviser l'urticaire, d'après ses causes, en idiopathique et symptomatique.

L'urticaire idiopathique est provoquée par des causes externes qui agissent en irritant directement la peau; on en a un exemple vulgaire dans l'éruption qui survient à la suite de la piqûre d'ortie. Sous le rapport pratique, il y a lieu d'abord de faire remarquer que les épizoaires qui sont très nombreux chez nous, les puces, les cousins, les punaises, les punaises de lit, les poux, les poux du pubis et d'autres insectes, les chenilles processionnaires, etc., les mouches, sont les causes les plus fréquentes de l'urticaire.

Il se produit d'abord autour de la piqûre de la punaise, par exemple, des élevures en forme de plaques qui amènent dans une certaine étendue une infiltration séreuse et de la tuméfaction dans le réseau de Malpighi, donnant lieu à des démangeaisons; le malade se gratte et détruit avec ses ongles le stratum épidermique ramolli. Il se fait ainsi des excoriations parallèles, qui se réunissent ordinairement pour former une croûtelle sanguine arrondie au point même de la piqûre de la punaise; mais il survient des plaques non seulement sur les points irrités directement par la succion des puces et des punaises, mais encore sur beaucoup d'autres régions du corps, sur lesquelles le passage des insectes a suffi pour amener de l'irritation, et enfin sur des parties de la peau qui n'ont pas même été touchées, par irritation réflexe des nerfs vasculaires. Nous devons noter, en effet, cette particularité, que la déman-

geaison existant sur un point de la peau occasionne une irritation qui, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, par action réflexe, détermine des plaques sur d'autres régions du corps. Et cette irritation est de telle nature, que la peau déjà atteinte d'urticaire manifeste sous ce rapport la plus grande irritabilité, au point que le contact du doigt, mais surtout le grattage, le frottement du linge empesé, la pression des jarretières, etc., provoquent de nouvelles plaques. Aussi rencontre-t-on l'urticaire dans toutes les maladies où, en général, il existe de la démangeaison. Les premières plaques amèneront de nouvelles éruptions pendant plusieurs jours encore par irritation réflexe, alors que la cause première a déjà disparu.

Par exemple, chez un enfant très proprement tenu et dont la peau est irritable, on peut, par l'examen le plus soigneux, ne trouver qu'une seule puce, une unique piqûre sur tout le corps, et ensuite de nombreuses plaques d'urticaire disséminées sur le tégument, lesquelles se reproduisent pendant plusieurs jours et en décroissant graduellement. Par contre, s'il existe une grande quantité de punaises, ces insectes occasionneront une urticaire essentiellement chronique. On trouve alors sur une peau devenue malade, par des causes de ce genre, de nombreuses excoriations disséminées, les unes récentes, les autres simplement caractérisées par des stries brunes, en forme de lignes doubles ou triples et s'entre-croisant comme les dessins qui se trouvent sur certaines pièces de monnaie. Aussi, cet état permet-il de porter le diagnostic d'urticaire chronique, probablement déterminée par des punaises, alors même que, au moment de l'examen, il n'existe pas une seule plaque d'urticaire. Le diagnostic est presque toujours juste, si la démangeaison ne se produit que pendant la nuit.

On a plus rarement l'occasion de voir l'urticaire isolée ou endémique pendant l'été, à la suite de la piqûre des cousins, du lepte automnal ou des chenilles processionnaires; dans ces cas, l'urticaire se présente habituellement sous la forme papuleuse.

J'ai déjà fait remarquer (page 323) que, une pression mécanique, le simple toucher de la peau chez une personne atteinte d'urticaire, ou y étant tout particulièrement prédisposée, peut déterminer une éruption ortiée, *urticaire provoquée*.

Ces personnes en souffrent beaucoup, car non seulement cette prédisposition est pénible, mais elle peut devenir un obstacle à l'exercice d'une profession.

L'urticaire symptomatique survient comme effet réflexe de l'irritation nerveuse d'un autre organe ou système comme la peau; elle peut être simplement réflexe ou accompagner d'autres dermatoses et, dans ces cas encore, elle est aiguë ou chronique.

Le plus souvent, l'urticaire est occasionnée par l'irritation des nerfs du goût et des voies digestives; dans ces cas, elle est sous l'influence d'un catarrhe de l'estomac et de l'intestin *ab ingestis,* accompagné de nausées, de vomissements, de diarrhée, de symptômes cholériformes, de langue saburrale, de fièvre, etc., ou même sans aucun de ces symptômes. Dans tous ces cas, il faut admettre, au moins pour beaucoup de personnes, une idiosyncrasie tout à fait spéciale pour certains aliments ou certaines boissons. On ne peut pas nier que, en général ou du moins dans quelques cas, l'urticaire ne soit provoquée par une substance absorbée par les voies digestives et qui est introduite dans le sang, laquelle exercerait une influence chimique sur les centres vasomoteurs correspondants. Tout le monde sait que très souvent l'urticaire apparaît presque immédiatement après que la substance en question ou le médicament se sont trouvés en contact avec la muqueuse buccale, fait qu'on ne peut expliquer que par une action réflexe des nerfs du goût.

Les aliments et les substances qui occasionnent d'une manière accidentelle ou régulière chez un grand nombre d'individus ou chez quelques-uns seulement une éruption d'urticaire sont : les fraises, les framboises, les groseilles, les poissons de toute espèce, particulièrement les poissons de mer, le homard, les huîtres, les écrevisses, les escargots, les diverses espèces de charcuterie, le jambon, le champagne, la sauce mayonnaise, la viande de porc fumée, rôtie ou bouillie, certains fromages, la glace (glace aux fruits). Comme médicaments : le baume de copahu, la térébenthine, différentes eaux minérales, la quinine, etc., que l'on compte au grand nombre des causes des exanthèmes dits médicamenteux, même la seule inhalation de baumes, de térébenthines et d'une foule d'autres substances qui produisent l'urticaire dans certaines circonstances chez quelques individus.

Quelques personnes croient que la cause, dans ces cas-là, consiste en grande partie dans une espèce de répugnance ou dans l'imagination, puisqu'un individu, qui a éprouvé une ou plusieurs fois cet état désagréable après l'ingestion d'un aliment déterminé, ne se décide, le cas échéant, qu'avec une certaine appréhension à en faire usage de nouveau. C'est là une erreur, ainsi que j'ai été à même de le constater bien des fois : des individus prédisposés, auxquels on avait fait prendre, sans qu'ils s'en doutassent, les mets dont je viens de parler, éprouvèrent de nouveau de la diarrhée, des vomissements et de l'urticaire.

Des états gastriques disposent, en général, d'une manière remarquable à l'urticaire (Pringle a observé l'urticaire survenant chez un malade à chaque accès d'hématémèse), et comme ce gastricisme peut persister pendant des mois, l'urticaire qui en est la conséquence revient fréquemment aussi et prend un caractère chronique.

Non seulement un individu dans ces conditions est très tourmenté et incommodé par un prurit continuel, qui ne lui permet pas de se mêler à la société et le met dans l'impossibilité de prendre part à aucun repas, mais il finit par maigrir, son sommeil est troublé ainsi que sa nutrition. Il peut arriver que ce malade, pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant plusieurs semaines, en soit réduit, sauf de rares intervalles, à ne prendre que des liquides tout à fait indifférents, thé ou eau, à peine un peu de soupe, ou seulement des aliments chauds ou des aliments froids, puisque dès qu'il prend autre chose il survient de l'urticaire sur tout le corps.

Chez les petits enfants, il faut surtout tenir compte de ces circonstances, car souvent l'urticaire qui se prolonge pendant des semaines ou des mois n'est autre chose que le réflexe d'un catarrhe chronique de l'estomac provoqué par un mode défectueux d'alimentation, mauvais lait, aliments gras qui ne sont pas encore tolérés par des estomacs d'enfants.

Je me suis arrêté assez longtemps à cette étiologie de l'urticaire, parce que cette étude a une grande importance pour le traitement.

L'urticaire peut encore survenir à la suite d'émotions morales subites, la honte, la crainte, la colère.

Dans les variétés d'urticaire occasionnées par l'introduction dans le sang de substances irritantes, il faut noter celle qui accompagne la scarlatine et la rougeole et celle qui survient dans la période prodromique de la variole, en même temps que l'érythème variolique; dans ces cas, on peut considérer le contage morbide spécifique comme la cause irritante (1).

---

(1) Comme tous les érythèmes multiformes, et par un mode pathogénique égal, l'urticaire peut être *deutéropathique* et se montrer pendant les prodromes, le cours, le décours ou la convalescence de diverses maladies, particulièrement des maladies infectieuses, rhumatisme, pneumonie, fièvres éruptives, septicémies chirurgicales, puerpérales, etc., constituant sans doute dans ces cas des névrotoxies analogues à celle que produit, par exemple, le poison du liquide hydatique, et dont le nombre et la variété défient toute détermination précise.

Nous ne savons pourquoi l'auteur a omis, en particulier, bien que nous en ayions fait l'objet d'une note dans l'édition première de notre traduction, d'indiquer l'irritation des séreuses, et particulièrement celle que produit le liquide des kystes hydatiques. C'est là une question à ne pas laisser de côté.

On sait qu'après avoir été vivement et longuement controversée, la question de l'*urticaire hydatique* a été singulièrement éclairée par les observations et les expériences de Debove — Voy. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 19 déc. 1887, et *Bulletins et Mémoires de la Société*

On a observé à plusieurs reprises l'urticaire avec intermittence ou avec la fièvre intermittente, — *febris urticata intermittens* ou *intermittens sub forma urticariæ larvata* (Scorczewski, Zeissl, Neumann) (1).

---

méd. des Hôpitaux, 3[e] série, 5[e] année, 21 mars 1888, p. 113 et suiv. — qui a produit l'urticaire chez deux sujets à l'aide de l'injection hypodermique du liquide hydatique préalablement filtré, tantôt dans l'atmosphère du lieu de ponction, tantôt à distance, soit peu après, soit au bout de plusieurs heures. Si l'on ajoute à cela la considération des accidents généraux, parfois funestes, observés par Debove et par d'autres auteurs, à la suite des ponctions, exploratrices particulièrement de kystes hydatiques de toute région, on aura acquis la preuve que l'urticaire hydatique est une urticaire névrotoxique produite par un agent toxique à déterminer, existant dans le liquide hydatique et pénétrant, soit directement dans la circulation générale, soit dans une séreuse, soit dans le tissu lamineux de l'hypoderme à la suite d'une ponction exploratrice, ou sans effraction extérieure par quelque perforation, rupture, éraillure, pathologiques ou traumatiques. La fréquence des rapports existant entre les kystes hydatiques et le péritoine, la faculté spéciale d'absorption propre à cette grande séreuse, expliquent pourquoi et comment c'est dans les kystes péritonéaux que les accidents névrotoxiques dus au liquide des hydatides sont le plus fréquents.

Ainsi donc l'urticaire hydatique peut s'observer à la suite de la ponction des kystes hydatiques faits dans quelque région que ce soit; indiquant sûrement la résorption d'une certaine quantité de liquide hydatique, elle doit mettre l'attention du médecin en éveil, et lui faire prendre les mesures nécessaires pour parer aux accidents éventuels d'une intoxication plus grave, manifestée par de la dyspnée, et des phénomènes de collapsus qui peuvent être mortels, et dont l'évolution, heureuse ou funeste, est toujours rapide. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) L'urticaire compte au nombre des manifestations les plus incontestables du paludisme; tantôt elle précède ou elle accompagne les accès fébriles et cesse avec eux, ne représentant alors que l'une des localisations de l'agent infectieux sur les centres vasomoteurs, et c'est pour cela qu'elle fait souvent partie du cortège symptomatique des formes *pernicieuses* ou anormales, ou encore elle accompagne localement les manifestations nerveuses de l'impaludisme dans les névralgies trifaciales, « zona ortié » ; tantôt elle existe comme manifestation symptomatique isolée de l'impaludisme, ou plutôt comme phénomène prédominant, non exclusif. Il ne suffit pas, en effet, pour caractériser une urticaire paludique, pas plus que pour caractériser au même titre une névralgie quelconque, d'une intermittence plus ou moins régulière, mais d'une périodicité véritable, habituellement subintrante, avec accès frustes mais réels, qu'une observation attentive et complète permet de déterminer; dans ces cas de fièvre larvée, l'éruption ortiée affecte une marche intermittente véritable, débute dans la matinée, atteint son paroxysme, puis cesse avant la chute du jour; elle est quotidienne, ou tierce le plus ordinairement; quelquefois elle fait

Un fait encore très important, c'est la présence de l'urticaire précédant et accompagnant l'éruption bulleuse constituant le pemphigus (1).

Dans ces cas, on voit survenir, disséminées sur tout le corps, de nombreuses formes d'érythème combinées avec l'urticaire, et des bulles de pemphigus se développer sur quelques plaques, tandis que la plus grande partie de l'érythème disparaît. Ou bien il n'arrive consécutivement que quelques plaques d'urticaire et sur ces points seulement des bulles. Ce phénomène se produit spécialement dans le pemphigus prurigineux (2).

Le prurigo commence aussi, en général, par de l'urticaire, de telle façon que des plaques d'urticaire apparaissent pendant plusieurs mois

---

partie d'une tierce doublée, la crise d'urticaire revenant les jours où l'accès typique n'a pas lieu, mais elle peut affecter les différents types régionaux. — Voy. ANDREA CRISTIANI, Della orticaria malarica pirettica, *Tesi di laurea*. Pisa, 1887.

Dans tous ces cas, l'action du sulfate de quinine est démonstrative, non seulement par l'action sur l'urticaire dans l'accès, mais par sa suppression rapide et définitive.

Enfin, l'urticaire paludéenne n'est pas la seule qui puisse faire partie d'un complexus fébrile, et une fièvre ortiée peut être absolument indépendante du paludisme.

Quant aux urticaires prolongées et chroniques, diurnes et nocturnes, dont les paroxysmes se reproduisent avec une périodicité plus ou moins vraie, que les accès en soient amendés ou non par le sulfate de quinine, que le sujet soit ou non paludéen, il faut chercher ailleurs leur cause complète réelle, et le problème de leur pathogénie n'est autre que celui des urticaires en général, c'est-à-dire qu'il est le plus souvent complexe, et que sa solution ne peut être trouvée que dans l'examen approfondi de chaque cas en particulier. — Voyez sur cette question, VERNEUIL et MERKLEN, Des manifestations cutanées du paludisme, *in Annales de Dermatologie*, 2e série, t. III, 1882, p. 625, et t. IV, 1883, p. 1.

Les *formes éruptives* revêtues par l'urticaire paludique n'ont rien de spécifique; elles peuvent représenter toutes les variétés connues, peut-être un peu plus fréquemment la forme œdémateuse, laquelle, pour cette raison, doit faire particulièrement rechercher le paludisme parmi les conditions étiogéniques. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'*urticaire*, que nous nommons *prémonitoire* ou *prodromique*, appartient à un grand nombre de déterminations cutanées aiguës ou chroniques qu'elle précède régulièrement ou accidentellement; on la retrouve comme phénomène concomitant ou accessoire dans toute une série d'affections diverses, constituant de la sorte un phénomène de quelque banalité. E. B. — A. D.

(2) Cette question est à reporter au chapitre du pemphigus. Voyez plus loin. E. B. — A. D.

chez un enfant, et ce n'est que dans le cours de la deuxième année que l'on voit survenir les papules caractéristiques du prurigo (1).

Il existe, en outre, des urticaires chroniques et symptomatiques, comme expression soit de maladies d'un organe interne, soit d'états généraux de nature physique ou morale qu'on ne saurait définir d'une façon précise. Ainsi on a observé l'urticaire à la suite de certains troubles des fonctions des organes sexuels de la femme, dysménorrhée, aménorrhée, infarctus chronique, stérilité, albuminurie chronique (on a trouvé aussi de l'balumine dans l'urticaire aiguë, Leube), gastricisme chronique, inflammation des voies digestives occasionnée par des vers intestinaux, catarrhe intestinal, obstruction du foie, diabète. L'urticaire s'est encore montrée comme l'expression d'un marasme général, notamment du marasme sénile, ou bien avec le prurit sénile, les affections morales déprimantes de longue durée, chagrins de famille, revers de fortune, etc., et comme les causes que j'ai citées en dernier lieu sont, en général, d'une nature persistante, l'urticaire, qu'elles occasionnent, est habituellement chronique. Outre l'urticaire chronique que je viens de décrire, il existe une autre variété que l'on désigne, d'après Sangster, sous le nom très juste d'urticaire pigmentaire, que Nettleship a fait connaître en 1869 et qui depuis cette époque a été principalement observée en Angleterre, moins fréquemment dans d'autres pays. Jusqu'à ce jour, on en connaît à peine vingt cas dont on doit la communication à Tilbury Fox, Colcott Fox, MM. Baker, Cavafy, Crocker, Morrow, Pick, Lewinski, etc. Chez les malades, jeunes en général, l'affection avait débuté dans les premiers jours ou les premiers mois de la vie. Le complexus symptomatique consiste dans l'apparition de quelques pomphi qui persistent sous cette forme plusieurs jours, même des mois, prennent ensuite peu à peu une coloration brun rouge, se tuméfient souvent de nouveau, et laissent après leur disparition finale une pigmentation brune persistant plusieurs années, dans le cas de Lewinski jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. Cette pigmentation est soit tachetée occupant tout le siège du pomphyx, soit limitée à sa zone marginale et par suite annulaire, le plus souvent plate, parfois aussi saillante et dure — xanthelasmoïde d'après F. Fox. La quantité, ainsi que la distribution des taches de l'urticaire pigmentaire, sont sur le tronc et les membres en proportion avec le nombre des pomphi qui se

---

(1) L'urticaire prélude au prurigo, et, de plus, l'accompagne pendant toute sa durée. Un grand nombre des éléments excoriés par le grattage dans les crises de prurigo, et appelés « papules », ne sont que des plaques ortiées de l'urticaire papuleuse.

E. B. — A. D.

manifestent durant le cours des années successives; on les rencontre rarement à la paume des mains et à la plante des pieds. Le processus s'éteint dans bon nombre de cas vers l'âge de neuf à dix ans, sans cependant que la pigmentation disparaisse. Pick a observé à la place de ces pomphi des foyers hémorrhagiques microscopiques et attribue à leur présence la pigmentation anormale. Mais cela ne rend nullement compte de la lenteur de la résorption du pigment, même en laissant de côté la tuméfaction des ganglions lymphatiques qui l'accompagne; tuméfaction qui ne peut être que la conséquence des exsudations locales, persistantes, des pomphi (1).

---

(1) Depuis 1869, époque à laquelle a été publiée l'observation de Nettleship, l'attention des dermatologistes a été appelée sur une affection de la peau voisine du type ortié, persistante, à élevures multiformes pigmentées, ou suivies de macules pigmentaires. Après avoir abandonné diverses dénominations proposées, telles que xanthelasmoïdea, Fox; urticaire persistante, Goodhart et Pick; érythème permanent, Baker, etc., — Voyez sur ces points et pour la bibliographie complète l'importante monographie de Paul Raymond, L'urticaire pigmentée, Paris, 1888, — on dénomme aujourd'hui cette affection : urticaire pigmentée (on doit dire selon nous, urticaire pigmentaire, *urticaria pigmentosa*, Sangster) sous la réserve d'un déclassement que pourraient déterminer des études ultérieures.

Elle est particulière à la première enfance, débutant le plus ordinairement dans les premiers mois de la vie, mais non exclusive; nous croyons en avoir observé deux exemples chez l'adulte, l'un simple, l'autre transformé, après quelques années de durée, en urticaire nécrosique; et il est d'autre part vraisemblable que l'on rencontrera de nouveaux faits, tels que ceux de Wallace Beatty et de Kaposi, — Voy. Raymond, *loc. cit.*, p. 82, — observés sur des adolescents.

Dermatologiquement, la maladie est constituée par des éruptions successives d'érythème versicolore, généralement ortié, mais à éléments persistants, irritables ou excitables, pouvant même être provoqués facticement — cas de Feulard; — éventuellement par des accès d'érythème aigu comprenant la peau saine aussi bien que les efflorescences déjà réalisées, et qui, sur les élevures préexistantes, déterminent des vésicules ou des bulles de petites dimensions, varicelloïdes, éphémères, excoriées par le grattage, ou se desséchant et laissant des croûtelles desquamatives simples.

Le siège essentiel de l'éruption est le tronc et la surface des membres, mais on peut l'observer partout, et même accessoirement sur les muqueuses de rapport; la gamme des colorations élémentaires relevées par les observateurs est considérable, et réalise toutes les nuances de l'érythème avec prédominance suivant le siège ou l'époque d'évolution, de nuances chamois, jaunâtre — *xanthelasmoïdea*, — et toutes les variétés du rouge cuivré. Les saillies maculeuses, ou les macules sans saillie, discrètes, cohérentes, confluentes, donnent des teintes chamois de toute

Vous voyez, Messieurs, quelles conséquences fâcheuses cette affection, en apparence si bénigne, peut causer dans certaines circonstances, et vous vous rendrez ainsi compte de la place que j'ai assignée à cette maladie comme état morbide, bien que la modification locale de la peau dans l'urticaire soit toujours très insignifiante et passagère. Et

---

nuance, et la coexistence des efflorescences rouges, rouges vieux cuivre, etc., vraiment versicolores sous l'action du cri, des efforts, des excitants du dehors, donnent aux surfaces atteintes un aspect bariolé que l'on trouve dans les observations dénommé « en peau de léopard », « truité », etc.

Du conflit, de la prédominance, ou de l'unicité des différentes modalités éruptives naissent des formes diverses, parmi lesquelles trois principales : *a*) *nodulaire*, correspondant au *xanthélasmoïdea* de Fox ; *b*) *maculeuse*, Cafavy ; *c*) *mixte*, Raymond.

Dans toutes, on a observé des adénopathies, localisées ou généralisées, communément indolentes, et résolutives.

L'urticaire pigmentaire est une affection prurigineuse, quelquefois à un degré intense, mais selon la juste remarque de H. Leroux — art. Urticaire du *Dict. encyclop. des sc. méd.* — il n'appert pas de toutes les observations que ce soit dans un rapport constant avec l'évolution des efflorescences. — Comp. A. Elsenberg, ein Fall v. Urt. pigm. *in Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1888, n° 3. Anal. franç. p. Doyon, *in Ann. de Derm. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, et L. Wickham et A. Thibault. Note sur deux cas d'urt. pigm. forme macul. à caractères frustes *idem*, *ibidem*. V. Mibelli, in caso di ortic. pimment., *Lo Sperimentale*, Aprile, 1887. — C'est au début, dans l'état, et au moment des crises érythémateuses et bulleuses que le prurit est à son apogée ; il diminue et disparaît dans le décours, en même temps que l'excitabilité cutanée.

La marche de la maladie est essentiellement lente dans ses périodes d'augment, d'état, et de régression, très prolongée ; d'après les observations publiées, Raymond évalue sa durée moyenne à huit ou dix ans. La terminaison naturelle est la guérison ; à part quelques épisodes fébriles ou quelques lésions cutanées accessoires, l'affection est dépourvue de tout accident général ou local de quelque gravité, elle se termine sans laisser aucune cicatrice véritable.

L'étiologie de l'urticaire pigmentaire reste à l'état de problème.

La thérapeutique se borne à quelques indications d'opportunité locale ou générale ; Schwimmer conseille l'emploi de l'atropine.

Enfin, la nature de la maladie est encore à déterminer ; on a bien établi les caractères de l'angionévrose, les phénomènes dystrophiques, précisé les divers éléments hématiques ou pigmentaires qui sont caractéristiques, relevé la présence des *Mastzellen* d'Ehrlich, — Unna, Elsenberg, etc., — constaté des adénopathies dont l'étude est à reprendre, mais on ne sait rien sur l'existence ou sur l'absence d'un agent provocateur spécifique des lésions, pas plus que sur les centres trophiques protopathiques. Provisoirement, l'affection peut être classée dans les érythèmes angionévrotiques, type ortié persistant,

vous voyez par là à quel point il est difficile de savoir si, d'une manière générale, l'urticaire entraîne un pronostic favorable ou défavorable.

Une urticaire provoquée par des punaises ou pour avoir mangé une seule fois d'une saucisse de charcuterie est une affection dont il n'y a pas lieu de s'occuper, car elle disparaît d'elle-même au bout de peu de jours. Tout au contraire, l'urticaire qui coexiste avec de l'aménorrhée ou avec une autre cause peu appréciable, ou qui récidive après chaque aliment ou boisson, est une affection très sérieuse, incommodant le malade et son entourage, troublant sa vie, l'affectant physiquement et moralement et pouvant même le pousser au suicide.

Le pronostic dépend donc essentiellement de la cause de l'urticaire ou, ce qui est la même chose, du diagnostic de chaque cas. Le diagnostic de l'urticaire en tant qu'urticaire ne présente en effet aucune difficulté, car il est impossible de confondre une plaque d'urticaire avec aucune autre lésion. Le diagnostic spécial doit tendre à découvrir la cause de l'affection, à rechercher si elle a été produite par un agent extérieur, et par lequel, par une cause interne passagère ou durable, et si cette dernière est ou non susceptible de guérison.

Pour être à même de se diriger dans cette voie, il faut avant tout se rendre compte si l'on a affaire à une urticaire aiguë ou chronique. On en est à peu près réduit pour cela aux dires des malades. Cependant dans l'urticaire chronique on trouve, outre des excoriations récentes, de nombreuses stries pigmentaires, chez les individus atteints de poux des vêtements, et ces stries sont localisées spécialement à la nuque, aux épaules et au sacrum; quand elles tiennent à d'autres causes, elles sont régulièrement disséminées sur le corps.

L'urticaire consécutive aux épizoaires, aux piqûres d'insectes, est, en général, aiguë et passagère. Ce n'est que s'il s'agit de punaises de lit que l'affection peut devenir chronique par la persistance de la cause. Ici il faut, en effet, se rappeler qu'elle ne s'exerce ordinairement sur la peau que pendant la nuit. Les enfants se réveillent habituellement avec de l'urticaire, mais elle cesse pendant le jour et reparaît la nuit suivante et le matin.

En faisant une seule fois usage des aliments que j'ai cités, il peut

---

comprenant: *a*) l'urticaire persistante simple; *b*) l'urticaire persistante pigmentaire; *c*) l'urticaire persistante et pigmentaire nécrosique, ou érythème ortié nécrosique (dont nous avons eu un exemple remarquable dans le service de l'un de nous à l'hôpital Saint-Louis pendant plusieurs années), toutes dermatoses trophiques à origine vraisemblement centrale.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

survenir une urticaire passagère ; s'il existe en même temps des phénomènes gastriques, on peut venir en aide à la mémoire des malades en leur citant les diverses espèces de boissons et d'aliments que j'ai énumérés, et acquérir ainsi la certitude qu'ils ont mangé, un ou deux jours auparavant, des fraises, de la glace, du homard, etc., ce qui permet de poser le diagnostic d'urticaire *ab ingestis* et de porter un pronostic favorable.

Il est plus difficile de se guider dès qu'il est bien démontré que l'on est en présence d'une urticaire chronique (*Nesselsucht*). Il faut procéder par voie d'énumération et d'exclusion, en ce qui concerne les causes précédemment décrites, qui ont pu occasionner l'urticaire chronique, et spécifier d'après cela le cas morbide actuel, par exemple urticaire chronique par maladie de Bright ou par hystérie.

D'après les circonstances que j'ai énumérées, on devra instituer aussi le mode de traitement. Une urticaire aiguë, passagère, n'exige aucune médication, bien qu'il soit désirable d'agir au moins contre le prurit momentané.

En général, on cherchera tout d'abord à découvrir la cause de l'urticaire et, si c'est possible, à la faire disparaître. Cela est vrai surtout pour l'urticaire produite par des punaises de lit, cas dans lequel on doit faire le nécessaire pour trouver la cause de l'urticaire des enfants, dans les coins de l'appartement, les cadres de tableaux, le dessous des parquets, etc., refuges habituels de ces insectes. Dans l'urticaire *ab ingestis*, un purgatif peut quelquefois favoriser l'élimination de la substance nuisible qui l'a occasionnée et abréger la durée de l'affection.

Dans l'urticaire qui est sous la dépendance d'un catarrhe chronique de l'estomac, on pourra écarter la cause de l'éruption en prescrivant une diététique appropriée, soude, magnésie, rhubarbe, amers, ferrugineux, parfois des eaux minérales comme Marienbad, Carlsbad, Franzensbad ; chez les enfants, en leur faisant donner un lait de bonne qualité, d'une digestion facile, et en supprimant les aliments gras (1).

Il faut également traiter d'une manière appropriée les états anormaux qui peuvent exister du côté du système génital chez les femmes, si l'on veut obtenir la guérison de l'urticaire qui est sous leur dépendance.

---

(1) Le lecteur n'a pas besoin d'être averti que par « catarrhe chronique de l'estomac » il faut entendre, dans sa plus large exception, la série entière des dyspepsies gastro-intestinales. La suppression du vin et de toutes les boissons fermentées, le régime du lait pour ceux qui le tolèrent, enfin la diète et la thérapeutique appropriées à l'espèce particulière de dyspepsie que présente le sujet atteint, sont au nombre des premières indications à remplir. E. B. — A. D.

Relativement à l'urticaire due à des affections morales, l'expérience apprend qu'elle survient d'une manière subite après les *coups du sort;* et après une durée plus ou moins longue, souvent plusieurs années, elle perd de son intensité et finit par disparaître, soit que l'état moral ou les conditions extérieures de l'individu s'améliorent. On peut donc utiliser ces circonstances pour le traitement, et chercher à provoquer chez les malades une action morale favorable par de la distraction et par des prescriptions diététiques générales appropriées à chaque cas particulier.

Quelquefois l'urticaire cesse subitement si le malade change de résidence, s'il voyage. Dès qu'il a quitté le lieu primitif de ses souffrances, Il peut manger et boire de tout, entrer dans les appartements chauffés, marcher, ne se refuser à aucune émotion, sans voir reparaître l'urticaire, et revenir chez lui au bout de trois ou quatre mois, guéri de sa maladie.

D'autres fois, l'urticaire reparaît au bout de quelques semaines.

Vous voyez combien est précaire notre thérapeutique étiologique contre l'urticaire, puisque ce n'est que dans un très petit nombre de cas, que nous pouvons écarter la cause de la maladie. Nous sommes encore plus mal partagés pour combattre l'éruption ortiée elle-même à l'aide d'un traitement symptomatique.

Notre devoir dans ce cas est d'atténuer autant que possible le prurit occasionné par les plaques ortiées, et de faire disparaître les causes qui peuvent augmenter ou renouveler l'éruption, — le prurit et le grattage sont bien des causes de cette nature.

En général, ce sont les moyens qui enlèvent de la chaleur à la peau qui procurent aux malades quelque soulagement, par exemple des lotions avec de l'eau froide additionnée de substances aromatiques volatiles, vinaigre de vin, vinaigre aromatique, esprit-de-vin, esprit de Mindérerus, éther sulfurique, des frictions avec des tranches de citron, etc..., des enveloppements avec des compresses imbibées d'eau froide, des douches (les bains tièdes sont moins efficaces), des bains de rivière, de mer (1).

---

(1) Tout ce qui a rapport à l'emploi du *froid* et des *bains* dans le traitement de l'urticaire ne doit être accueilli qu'avec la plus grande réserve ; un grand nombre de sujets atteints d'urticaires les plus diverses ne supportent ni les applications froides, ni les lotions, ni les bains; beaucoup voient la maladie naître directement de l'action du froid ou du bain, ou s'exaspérer sous l'action de ces agents. Dans les urticaires palmaires et plantaires, si pénibles par un prurit intolérable, l'eau froide exaspère le prurit, et amène rapidement le gonflement congestif et œdémateux des extrémités.

Assurément les applications chaudes ne conviennent pas à tous, mais

Une recommandation plus essentielle encore, c'est de tenir le plus possible le malade dans un appartement frais, de le faire coucher dans une chambre fraîche et de lui conseiller de se couvrir légèrement. Il faut éviter les lits chauds, le séjour dans les endroits fréquentés, très chauffés, les théâtres, etc. Non seulement la chaleur et la lumière du gaz produisent l'urticaire chez les personnes prédisposées, mais la peur de cette éruption agit comme cause irritante morale, quand les sujets dont il s'agit se trouvent au milieu d'une réunion, par exemple à une place au théâtre où il est impossible de se livrer au grattage et d'où ils ne peuvent pas s'éloigner sans éveiller l'attention.

Puisque les éruptions d'urticaire ne surviennent que deux ou trois fois dans la journée, habituellement quelques heures après le repas, au moment de se mettre au lit ou en se déshabillant, ou bien encore après les premières heures de sommeil, on peut chaque fois, au début de l'éruption, faire une lotion avec un des liquides suivants, par exemple :

Esprit de vin.	200 grammes.
Éther pétroléique.	5 —
Glycérine.	2 —

ou bien avec :

Alcool de lavande.	100 grammes.
Esprit de vin	150 —
Éther sulfurique	2 gr 5
Aconitine.	1 gramme.

Après chaque lotion, saupoudrer avec la poudre d'amidon.

Si l'on parvient à faire disparaître rapidement les premières plaques d'urticaire, on empêche le grattage et, par suite, une éruption plus généralisée et plus intense (1).

les lotions vinaigrées, phéniquées, salicylées, etc., employées chaudes et même les bains de vapeur tiède soulagent beaucoup de patients; nous avons vu des sujets venant des pays chauds dans une région tempérée ou froide, être atteints d'urticaire sans autre raison que le changement de climat, conserver la maladie jusqu'à leur retour au pays d'origine. En toute circonstance à propos de l'urticaire, il faut se rappeler qu'en rien il n'est possible de généraliser, tant l'affection est, à tous les titres, protéiforme, et tant la prédisposition et l'individualité jouent un rôle considérable. E. B. — A. D.

(1) Tout le monde sait que l'excitation de la peau produite par le grattage, chez un sujet dont le système névrovasculaire est en tension ortiée, suffit à produire l'efflorescence ortiée. On sait également que diverses autres excitations, le froid, la pression et les plis des vêtements, etc., etc.,

Contre les plaques d'urticaire produites par les piqûres d'insectes, piqûres de mouches, d'abeilles, on obtiendra un résultat favorable en touchant avec de l'ammoniaque pure liquide.

Dans les cas rebelles, on peut avoir recours aux bains médicamentaux, soit avec addition de soude (500 gr. à 1 kilogr. bien dissous et versés dans un bain), soit d'alun (500 gr.) ou de sublimé (5 à 10 gr.) pour un bain (1).

On observe parfois une amélioration momentanée et passagère à la suite de l'emploi interne de l'ergotine (2), de l'arsenic (3), de l'atro-

---

provoquent le même phénomène avec les mille sensations subjectives pénibles qui accompagnent les modifications anatomiques du tégument; mais on n'a pas été jusqu'à dire que, sans excitation directe de la peau, alors même que l'urticaire existerait en puissance, il ne se produirait pas de plaque ortiée ni de prurit. C'est cependant l'idée formulée par un de nos élèves distingués, L. Jacquet, — Note sur le mode de production des élevures de l'urticaire, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, — qui pense que tout élément ortié est le résultat immédiat absolu d'une excitation cutanée, et qu'il suffit chez le sujet le plus urticarié d'envelopper et d'oblitérer, avec du coton cardé par exemple, exactement maintenu par une bande, une région quelconque du corps, pour y éteindre complètement, pendant toute la durée de l'application, le prurit, et l'urticaire elle-même. On entrevoit tout l'intérêt qui s'attacherait à la vérification de ces propositions, à la fois au point de vue du mode pathogénique de l'urticaire et de l'intervention thérapeutique. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Dans les cas, vraiment rares, où nous avons vu les bains être utiles aux sujets atteints d'urticaire, nous nous sommes surtout applaudis d'avoir prescrit les bains émollients additionnés de borate de soude, 40 à 60 grammes pour un bain de 200 litres; les bains acidulés, vinaigre commun 1 à 2 litres par bain; acidulés et phéniqués, vinaigre 1 litre, acide phénique 5 à 10 grammes. Les lotions d'eau vinaigrée phéniquée soulagent certainement; nous les faisons habituellement faire avec une éponge moite (étanche) d'eau *chaude*, contenant par litre 40 grammes de vinaigre aromatique et un demi-gramme à un gramme d'acide phénique. La peau est ensuite poudrée à l'aide d'une poudre anodine, salicylée de 1 à 4 pour 100. Enfin, quelques malades se trouvent bien d'onctionner la peau avec une pâte de zinc et vaseline, parties égales, additionnée d'acide salicylique ou phénique de 1 à 4 pour 100, et de mêmes doses de cocaïne. E. B. — A. D.

(2) Théoriquement, l'ergotine semblait appelée à un certain succès; nous l'avons employée très souvent sans pouvoir dire encore ce que l'on peut en obtenir bien certainement. E. B. — A. D.

(3) Sans qu'on puisse véritablement comprendre comment, ou pourquoi, il est incontestable que certaines urticaires chroniques sont améliorées ou suspendues par l'usage de l'arsenic. Chaque année, les eaux

pine (sulfate d'atropine, 0,01, eau distillée, glycérine ââ, 2,0, poudre de gomme adragante, q. s. pour faire dix pilules, une pilule deux fois par jour. Schwimmer) (1).

Au reste, dans une affection qui a des causes si diverses, il faut laisser au savoir et à l'expérience de chaque médecin le soin de trouver les remèdes appropriés à chaque cas, aussi bien en ce qui concerne le traitement diététique général que la médication morale et locale (2).

Quant au traitement de l'urticaire coexistant avec les autres maladies de la peau que j'ai citées, comme le pemphigus, le prurigo, la gale, etc., il en sera question à propos de ces diverses affections.

---

arsenicales de la Bourboule comptent un nombre appréciable de succès, au moins temporaires, dans le traitement de l'urticaire rebelle, et l'on observe encore le même résultat par l'emploi de cette eau transportée, ou des préparations arsenicales ordinaires; toutefois, à la plupart de ces malades, la cure à la source convient infiniment mieux pour toutes les raisons qu'il est inutile de détailler. E. B. — A. D.

(1) L'*atropine*, recommandée par le professeur Schwimmer après Frantzel, peut rendre de très grands secours dans toutes les formes d'urticaire, et nous l'avons mise en usage dans plusieurs cas avec un succès évident; toutefois, ce ne peut être une panacée; l'atropine est très inégalement tolérée par les divers sujets : ses inconvénients, chez plusieurs (sécheresse de la gorge, accélération du pouls, dilatation pupillaire), se produisent avec intensité, alors que les phénomènes d'urtication persistent. L'application externe de compresses imbibées de solution de sulfate d'atropine à 0 gr. 10 pour 100 grammes d'eau distillée, apaise le prurit ortié, ainsi que plusieurs autres, mais c'est là un moyen qui ne peut être employé que localement, sur de petites surfaces, et qui, en tous les cas, réclame les précautions et la surveillance dont on ne doit jamais se départir en présence de ce médicament, l'un des plus précieux, mais aussi l'un des plus féconds en dangers pour le malade, et en désagréments pour le médecin. E. B. — A. D.

(2) Cette remarque devrait être inscrite à la première ligne du chapitre consacré au traitement de l'urticaire. Celui qui réussit le moins imparfaitement dans la curation de cette maladie est, en effet, celui qui, sans oublier qu'il est dermatologiste, se rappelle qu'il est médecin, examine chaque cas en particulier, prend notion complète de l'état pathologique du patient, étudie correctement ses organes et ses fonctions, et emploie toutes les ressources générales de la médecine à rectifier tout ce qui est sorti de l'ordre, en même temps qu'il règle l'hygiène et la diététique. A différents titres, un grand nombre de stations hydrominérales peuvent être très utilement adaptées au traitement de l'urticaire : Vichy, Pougues, Royat, Saint-Gervais, Évian, la Bourboule, Néris, Plombières, etc., etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

DIX-HUITIÈME LEÇON

2. PHLYCTÉNOSES, ÉRUPTIONS VÉSICULEUSES

Ainsi que l'indique cette dénomination générale, les formes morbides appartenant à ce groupe de dermatites aiguës, non contagieuses, sont caractérisées par des vésicules qui se développent d'une manière typique et avec des phénomènes inflammatoires. Outre le caractère commun de la lésion anatomique locale et de la marche aiguë cyclique de ces dermatites, comme de l'ensemble du processus, une troisième circonstance contribue encore à ce que nous regardions ces groupes comme une famille naturellement homogène, puisqu'ils sont, pour la plus grande partie, en rapport étiologique direct avec certaines affections des nerfs, tandis que, pour quelques autres, ce rapport n'est vraisemblable que jusqu'à un certain degré ou même, dans l'état actuel de nos connaissances, ne paraît pas encore admissible.

D'après cela, nous distinguons les phlycténoses qui font l'objet de cette leçon en : 1° phlycténoses neurotiques : *a*) à marche typique (herpès zoster, labial, progénital); *b*) à marche atypique (inflammation neurotique avec formation de vésicules); — 2° phlycténoses idiopathiques, miliaire rouge, pemphigus aigu.

1. PHLYCTÉNOSES NEUROTIQUES

(*a*) *A évolution typique.*

HERPÈS.

Caractère général. — Herpès, définition. — Herpès zoster.

On ne saurait trouver, je pense, d'expression dermatologique qui ait eu d'aussi nombreuses applications que le mot *herpès*.

Étymologiquement, ce terme indique une affection à marche rampante (το ἑρπεῖν) ; aussi les anciens auteurs ont-ils désigné sous la dénomination d'*herpetes* les éruptions de la peau à marche lente ou insidieuse, et ils ont eu principalement en vue des affections chroniques de la peau, soit des processus superficiels, soit pénétrant dans la profondeur des tissus en les détruisant. Et malheureusement la première acception existe encore aujourd'hui dans l'esprit de beaucoup de médecins, qui, dans toute dermatose chronique en général « sèche », parlent sans faire aucune distinction, comme les gens du monde, d'une dartre, d'un herpès, d'une éruption herpétique. Quant à la deuxième

acception, nous avons encore dans l'herpès esthiomène, exedens, rodens, devastans, ferus, des auteurs, la preuve que, pour Alibert et quelques chirurgiens des quarante dernières années, ces expressions servaient à désigner un ulcère rongeant, rampant, par conséquent ce qui, en l'état présent de la science, correspond à un cancer serpigineux ou au lupus.

D'après nos idées actuelles aussi solidement établies que possible, il n'est pas permis de dire une « éruption herpétique » (1). Depuis Willan, nous entendons par herpès une éruption de la peau, bénigne, aiguë, et dont l'évolution se fait dans un cycle déterminé, comprenant un laps de temps court, caractérisée par des vésicules remplies d'un liquide clair comme de l'eau et disposées en groupe, et en même temps le plus souvent par une localisation de l'éruption correspondant au trajet de nerfs déterminés de la peau (2).

---

(1) Dans notre précédente édition, nous avons insisté sur l'abus du mot « herpès », appliqué à titre vague et banal par un très grand nombre de médecins aux dermatoses les plus dissemblables, surtout si celles-ci leur semblent rattachées à un état général quelconque. Quant aux malades et aux gens du monde, inutile de dire qu'ils continueront indéfiniment à déclarer avec la plus vive satisfaction d'eux-mêmes qu'ils sont « herpétiques »; et le médecin qui flattera leur manie, en déclarant qu'il y a dans leur cas « quelque chose d'herpétique » est toujours assuré de leur être parfaitement agréable.

Pour éviter toute amphibologie, les médecins devraient abandonner l'habitude d'appeler « herpétiques » les lésions diverses, angines, vulvites, balanites, etc., qu'ils considèrent comme dépendant essentiellement du développement en ces divers points d'une véritable éruption d'herpès; il suffirait et il serait plus correct de dire « herpès pharyngé, amygdalien, vulvaire, préputial, etc., » que « vulvite, angine, etc., herpétiques ». E. B. — A. D.

(2) Le GENRE willanique « herpès », basé sur la seule considération du symptôme-lésion, est périmé; de ses six espèces — h. phlycténoïde, zoster, circiné, labial, préputial, iris, — HEBRA avait déjà retranché, avec raison, l'herpès phlycténoïde, et réuni en un seul groupe le circiné et l'iris; il faut détacher aussi l'iris et le circiné qui ne sont pas des herpès, et séparer le zoster qui est une affection propre. De plus, dans la série composite des affections à vésicules que l'on qualifie encore d'herpès, il y a aujourd'hui de nombreuses radiations à opérer, si l'on veut apporter quelque clarté dans un sujet dont la confusion actuelle est inextricable.

Nous ne demadons pas avec M. HARDY que l'on supprime le mot *Herpès* du langage médical, mais nous affirmons, avec lui, qu'il faut des mots nouveaux pour plusieurs affections confondues sous le nom commun d'herpès. E. B. — A. D.

Si donc vous voulez vous représenter le type d'un herpès, vous le trouverez exactement dans la description suivante :

Sur une région déterminée de la peau, et en général correspondant à un trajet déterminé des nerfs, ils survient, à l'état aigu, un ou plusieurs groupes de petites élevures épidermiques, de papules, qui se transforment rapidement en vésicules par l'accumulation du sérum ; c'est là le point culminant du processus.

Dès lors on peut se figurer, *à priori*, la marche ultérieure d'après les lois de la pathologie générale.

Les vésicules durent de quelques heures à un ou deux jours, et se dessèchent en forme de croûtes par la résorption du sérum. Au-dessous de ces croûtes, l'épiderme se reproduit d'une manière normale, par suite de la disparition de l'inflammation et de la cessation de l'exsudation ; les croûtes se détachent, les points sur lesquels existaient les vésicules sont cicatrisés : l'herpès est terminé (1).

D'après les types particuliers sous lesquels on rencontre habituellement l'herpès, on distingue les quatre variétés suivantes :

1° *Herpès zoster;* 2° *herpès præputial ou progénital;* 3° *herpès labial ou facial;* 4° *herpès iris et circiné.*

Je vais immédiatement vous faire connaître la première forme, l'herpès zoster, incontestablement la plus intéressante sous le rapport clinique et pathologique, laquelle, en outre, donne peut-être la clef des deux espèces suivantes :

HERPÈS ZOSTER, ZOSTER (ZONA), GÜRTELROSE, GÜRTELAUSSCHLAG

Nous désignons sous le nom d'herpès zoster l'affection qui, d'après le type de l'herpès, c'est-à-dire avec des groupes de vésicules survenant d'une manière aiguë, se localise sur une moitié du corps (très rarement sur les deux), le tronc, la tête ou les membres, et dont l'éruption suit le trajet anatomique des nerfs (2).

---

(1) Cela est exact pour l'herpès vrai, mais ne l'est plus pour le zoster, ni pour les phlycténoses zostéroïdes, dans lesquelles le processus épidermotrophique est infiniment plus complexe, plus intense et plus varié. Nous allons revenir plus loin sur ce point, mais nous voulons montrer, pour ainsi dire à chaque ligne, combien est artificielle toute tentative de description *énérale* systématiquement appliquée à des objets distincts. E. B. — A. D.

(2) Le zoster — il n'est pas nécessaire de dire : « *herpès* zoster », alors même qu'on maintiendrait le zoster dans le *genre* herpès — n'est pas uniquement spécifié par le syndrome de l'herpès willanique et par l'unilatéralité ; c'est une *affection propre*, ayant bien une éruption de vési-

En définissant la maladie, j'ai déjà signalé, comme caractère essentiel, une relation exacte du trajet des filets nerveux avec l'éruption cutanée ; il vous paraîtra donc intéressant d'avoir quelques explications sur ce rapport.

Déjà, à l'époque où l'on n'était pas encore à même, comme aujourd'hui, d'appliquer le nom d'herpès à l'affection que nous étudions, qu'on appelait *ignis sacer*, en raison de la vive sensation de brûlure qui accompagnait l'éruption, on avait considéré sa localisation sur une moitié du corps comme le symptôme le plus important. Pline dit : *Ignis sacri plura sunt genera, quorum quod medium hominem ambiens zoster appellatur*, et de Haën s'exprime ainsi à ce propos : *Hæc tamen perpetua lex, ut ab anteriore parte nunquam lineam albam, nunquam a posticâ spinam transcenderet.*

Ce phénomène aurait dû depuis longtemps faire naître l'idée que le

---

cules groupées sur une base irritative — ce dernier élément fait partie essentielle de la définition willanique, — localisée sur une moitié du corps, mais véritablement différenciée par sa marche cyclique plus lente et par sa durée plus grande que celle de l'herpès véritable ; par les phénomènes douloureux qui le précèdent, l'accompagnent, ou le suivent; par ce fait très remarquable, enfin, qu'à l'inverse de tous les herpès, elle semble conférer à l'individu atteint une immunité comparable à celle qui suit les pyrexies exanthématiques.

A la vérité, diverses espèces d'herpès vrai peuvent avoir, comme le zoster, leur éruption vésiculeuse groupée, systématisée sur le trajet d'un nerf périphérique; être limitée à un côté du corps, et évoluer d'une manière aiguë avec ou sans douleurs prééruptives ou concomitantes ; mais la plupart d'entre elles, pour ne pas dire toutes, sont reliées à un état général protopathique accidentel ou permanent; leur durée est infiniment plus courte, l'acte éruptif moins important; à l'inverse du zoster enfin, elles possèdent au plus haut degré la faculté récidivante, et ne laissent pas comme lui de cicatrices consécutives.

Plusieurs lésions nerveuses diverses, périphériques, intermédiaires, ou centrales, peuvent produire directement des éruptions vésiculeuses, groupées et systématisées au point de simuler étroitement le zoster et l'herpès; mais elles en diffèrent, en fait, par leur caractère accidentel, leur pathogénie illimitée, leur durée indéterminée.

Quelques maladies générales, il faut l'ajouter, comptent au nombre de leurs déterminations *secondaires* diverses formes de ces éruptions vésiculeuses systématisées; ce sont des éruptions zoniformes, zostéroïdes, et non pas de véritables zosters.

Très communément, il est vrai, l'unité de forme éruptive, et l'identité de la localisation anatomique et topographique rendent la distinction très délicate, ou même inexécutable extemporanément à l'aide des signes objectifs ; mais ces difficultés s'atténueront avec les progrès de l'analyse clinique faite par des observateurs avertis.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

système cérébro-spinal, ou au moins les nerfs spinaux, sont en rapport intime avec l'affection cutanée. Pourtant c'est seulement en 1818 que Mehlis et plus tard Rayer, Romberg, Hebra, Häusinger ont fait remarquer cette corrélation. Mais c'est surtout Bärensprung qui l'a le mieux constatée en démontrant, d'abord théoriquement par l'étude de l'évolution de plusieurs cas de zoster, et ensuite directement par des examens nécropsiques, que le zoster correspond toujours au trajet d'un nerf spinal et dérive d'une lésion du ganglion intervertébral correspondant, c'est-à-dire de ce ganglion que traverse la racine postérieure sensitive

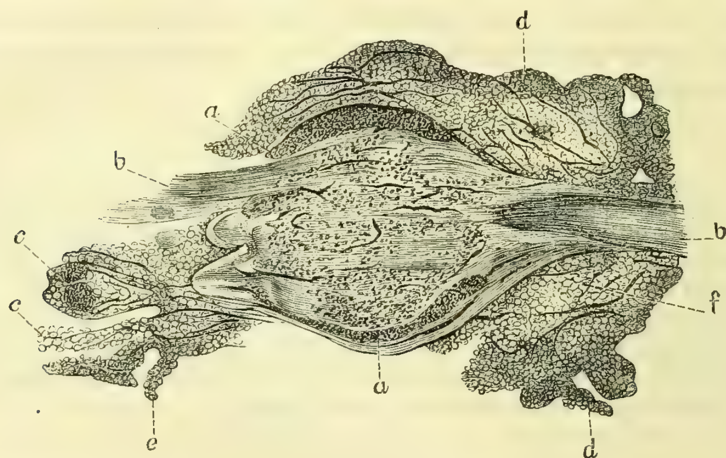


Fig. 20.

Coupe longitudinale du troisième ganglion spinal lombaire du côté droit dans un cas de zoster lombo-inguinal (vu à la loupe).

aa ganglion. Les points noirs qui se trouvent à l'intérieur du ganglion correspondent aux cellules ganglionnaires pigmentées en sombre, les stries foncées correspondent aux vaisseaux gorgés de sang. — *abcde* tissu graisseux entourant le ganglion. — *f* cellules graisseuses en *d* et partout où il y a une teinte foncée. Hémorrhagie et vaisseaux gorgés de sang. — *bb* filet nerveux entrant et sortant en coupe longitudinale, en *cc* en coupe perpendiculaire.

de la moelle et dont elle reçoit quelques filets, avant que, renforcée par ces derniers, elle se réunisse à la racine motrice antérieure pour former le tronc commun d'un nerf spinal. De tous les nerfs cérébraux, c'est seulement dans la sphère du trijumeau que se produit le zoster ; or, ce dernier nerf possédant un ganglion analogue à ceux de la moelle, le ganglion de Gasser, c'est à une lésion de ce ganglion qu'il faut rattacher le zoster de la face. Bärensprung a expliqué ce fait en disant que des filets partent de ce ganglion pour aller dans le tronc du nerf, filets qui auraient la signification de nerfs trophiques et présideraient avant tout à la nutrition des éléments du tissu, en même temps (comme nous le croyons en anticipant sur les définitions ultérieures) à titre de

vasomoteurs ils innervent dans la zone périphérique les capillaires les plus ténus de la couche superficielle cutanée et papillaire, et par conséquent peuvent aussi, par suite de leur altération, donner lieu à de l'inflammation et à de l'exsudation ; c'est là ce qu'on observe dans l'herpès.

C'est ainsi que Bärensprung a divisé les zosters d'après leur marche, correspondant exactement au trajet des nerfs :

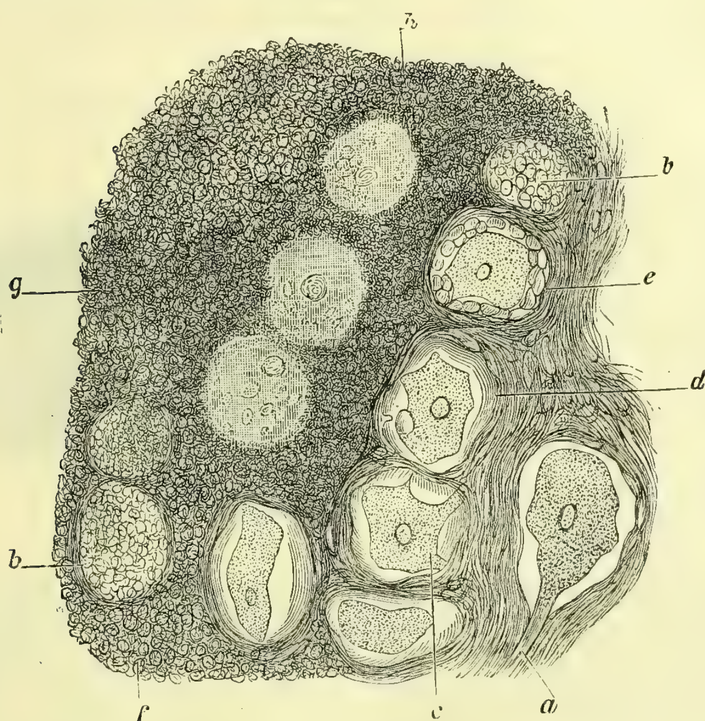


Fig. 21.

Foyer hémorrhagique dans un ganglion (fort grossissement).

g à l'intérieur cellules ganglionnaires pâles dans la ligne *h*. — *bbf* capsules de cellules ganglionnaires remplies de corpuscules sanguins, en *e* remplies de ces mêmes corpuscules. — *d* cellules ganglionnaires normales. — *a* d'autres cellules ganglionnaires avec des prolongements nerveux.

1. Zoster facial, (*a*) labial. 2. Zoster occipito-cervical. 3. Zoster cervico-subclaviculaire. 4. Zoster cervico-brachial, (*a*) brachial. 5. Zoster dorso-pectoral. 6. Zoster dorso-abdominal. 7. Zoster lombo-inguinal. 8. Zoster lombo-fémoral. 9. Zoster sacro-ischiatique, (*a*) génital.

Cette intéressante découverte de Bärensprung, qui paraissait expliquer une fois pour toutes la nature du zoster, a été confirmée et complétée d'une façon très instructive, par des recherches analogues de Rayer, Danielssen, Weidner, Charcot et Cotard, E. Wagner, O. Wyss,

Sattler, Lesser, H. Hebra, moi-même et par une série d'autres auteurs que je citerai plus tard.

J'ai, chez un malade atteint de zoster frontal (mort à la suite d'une pneumonie), constaté, ainsi que Wyss et Sattler, des hémorrhagies suivies de destruction dans le ganglion de Gasser, et, chez un sujet atteint de zoster lombo-inguinal (mort consécutivement à une infiltration d'urine dans le périnée), trouvé cette altération considérable dans les ganglions spinaux de la moitié du corps et des nerfs correspondant au zoster : on peut reconnaître des lésions analogues dans quelques points des figures 20, 21 et 22.

Vous voyez dans la figure 20 la coupe d'un de ces ganglions intervertébraux. A l'intérieur, les vaisseaux sont gorgés de sang. La figure 21 représente un foyer hémorrhagique du ganglion, dans lequel plusieurs cellules ganglionnaires ont été altérées ou détruites par l'épanchement sanguin survenu dans leur capsule. Dans la figure 22, vous apercevez, enclavés à l'intérieur d'une cellule ganglionnaire, dont le protoplasma et le noyau sont encore bien conservés, de petits corpuscules sanguins rouges.

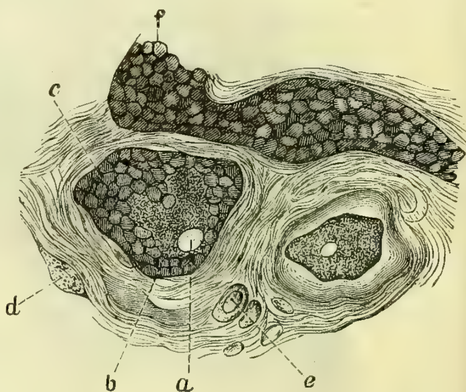


Fig. 22.

f vaisseaux sanguins intraganglionnaires avec stase des corpuscules. — *b* à l'intérieur de la capsule d'une cellule ganglionnaire on voit des corpuscules sanguins rouges, un corps cellulaire et un noyau *a*. — *c* tissu conjonctif. — *e* cellules d'exsudation.

Malgré ces découvertes positives faites par d'autres auteurs et par moi-même, j'ai dit dans mes travaux spéciaux sur le zoster, en me basant sur différentes considérations soit cliniques, soit anatomiques et physiologiques, que l'état morbide des ganglions spinaux n'est assurément pas dans tous les cas la cause du zoster. Le zoster peut certainement survenir à la suite de maladies de la moelle et peut-être aussi du cerveau, pourvu que les centres vasomoteurs soient atteints.

A l'appui de cette opinion, il y a entre autres les cas d'apparition quelquefois double du zoster et ceux de l'éruption de zoster qui ont été observés à la suite de l'empoisonnement par le gaz d'oxyde de carbone (Leudet fils, cas de Mougeot) ; en outre, la coïncidence d'une myélite (Hardy, Weidner), l'hémiplégie (Duncan, Payne), la tétanie (dans un cas de Bloch recueilli dans la clinique d'I. Neumann), quoique, comme l'enseigne le cas de Charcot de zoster fémoral avec abcès du cerveau,

cette coïncidence n'indique pas pour tous les cas un rapport étiologique.

Mais il est certain aussi, d'après de nombreuses preuves cliniques et histologiques, que le zoster peut avoir sa source dans une maladie qui a atteint un nerf périphérique sur un point quelconque de son trajet. L'observation clinique démontre tout d'abord que le zoster survient souvent, non dans la sphère du trajet entier d'un nerf, mais seulement dans celle qui correspond à la partie la plus périphérique d'un tronc nerveux ou simplement d'un rameau de celui-ci; ce qui le prouve encore, c'est l'apparition si fréquente du zoster dans la sphère de troncs nerveux lésés dans leur trajet périphérique par des traumatismes, des tumeurs, des foyers purulents (Oppolzer, Dubler, Schwimmer, etc.). Enfin une série de lésions, à la suite desquelles des troncs nerveux appartenant à la sphère d'un zoster apparaissaient entourés d'une prolifération de nodosités inflammatoires périneuritiques (Curschmann et Eisenlohr, Pitres et Vaillard) ou qu'on a trouvés (Dubler) modifiés par une inflammation interstitielle et parenchymateuse, — névrite.

Il m'est impossible de décider si l'on doit considérer comme un cas de ce genre un fait de zoster cérébral, publié par M. Weiss, dans lequel, à la suite d'irritation psychique, il serait apparu sur les doigts des éruptions bulleuses accompagnées de paresthésies et d'hyperidrose (1).

Mais il ressort incontestablement des documents connus jusqu'à présent que la cause du zoster tient à un état morbide dans le trajet du nerf, soit à son origine, soit dans le ganglion spinal ou dans son trajet

---

(1) Toutes ces questions sont à reviser; comment comprendre qu'une maladie nettement individualisée comme le zoster puisse indifféremment avoir son foyer dans les nerfs périphériques, les cordons nerveux, les ganglions spinaux, les centres trophiques, splanchniques, médullaires, cérébraux, et trouver, indifféremment aussi, leur cause dans un refroidissement, un traumatisme, une altération organique, une lésion banale, etc., etc.

Comparez Arnozan, Lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1880, et Art. *Dermatonévroses* du *Dict. encycl. des sc. méd.* — Sur la question en général et sur les lésions de la peau dans le zoster, Leloir, Art. *Trophonévroses* du *Dict. de Jaccoud.* — Lesser, Beitr. zur Lehre von H. Zoster, *Virchow's, Arch.* 1881, anal. franç. par H. Barth, in *Annal. de Derm. et de Syph.*, 2e Série, t. III, 1882, p. 437. — Vaillard, Obs. p. serv. à l'hist. des lésions nerveuses dans le zona, Soc. anat. de Bordeaux, 1881 et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1881, p. 442. — H. Barth, Pathogénie et physiologie pathologiques de l'herpès zoster, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1882, p. 173, 232, et Étiologie et nature du zona, in *Union médicale*, 1883, p. 809. — P. Gamberini, Contrib. à l'étude théorico-clinique du zona; P. Tommasoli, Sur la nature de l'herpès zoster, *Giornale internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1886, anal. franç. par A. Siredey, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e Série, t. VIII, 1887, p. 273, 279, 280, etc., etc. E. B. — A. D.

ultérieur, et que la marche anatomique du zoster suit toujours le trajet anatomique du nerf dans la sphère duquel se trouve la cause de la maladie.

Vous serez donc obligés, chaque fois, de rechercher, en examinant la région occupée par le zoster, quel est le nerf atteint, comme Bärensprung l'a montré dans la division du zoster, que j'ai citée plus haut.

Ce rapport anatomique dans le tableau morbide n'étant pas indiqué clairement pour chaque cas ni dans tous les points, il suffirait probablement dans la pratique, d'établir, d'après les régions anatomo-topographiques grossières dans lesquelles le zoster survient d'ordinaire, les types suivants : 1° zoster du cuir chevelu ; 2° zoster de la face ; 3° zoster de la nuque et du cou ; 4° zoster brachial ; 5° zoster pectoral ; 6° zoster abdominal ; 7° zoster fémoral.

SYMPTOMATOLOGIE DU ZOSTER

L'apparition du zoster est quelquefois précédée pendant plusieurs jours, ou même durant plusieurs semaines, de douleurs névralgiques qui se manifestent dans toute l'étendue du foyer morbide ultérieur, ou qui sont limitées principalement à des régions bien déterminées, lesquelles correspondent en général aux points de division ou d'émergence des nerfs ou de leurs rameaux (1).

C'est ainsi que dans le zoster pectoral on trouve un point douloureux au voisinage de la colonne vertébrale, là où sortent les racines postérieures des nerfs spinaux ; un autre point dans la ligne axillaire au niveau de la courbure la plus prononcée des côtes, là où la racine antérieure du nerf spinal se divise en une branche profonde et une branche superficielle, celle-ci arrivant à la peau après avoir traversé la couche musculaire. Plus rarement, il y a un troisième point douloureux sur la ligne médiane antérieure, c'est-à-dire à l'extrémité du nerf. Les douleurs sont quelquefois si vives, que, par le fait de leur siège, elles empêchent les mouvements de dilatation du thorax pendant la respiration, et peuvent ainsi simuler une pleurésie. Dans beaucoup de cas, ces prodromes névralgiques manquent complètement.

L'éruption du zoster, précédée ou non de ces signes avant-coureurs (2)

---

(1) Les névrodynies prézostériennes datent souvent de plus loin ; quelques malades accusent des douleurs localisées au niveau de l'éruption remontant à plusieurs mois, dans quelques cas existant avec des rémissions et des exacerbations depuis une année, ou plus. E. B.— A. D.

(2) Bateman n'avait pas omis de dire que le zoster avait souvent une *période pré-éruptive fébrile :*

survient toujours d'une manière très aiguë. On voit alors en certains points de la peau survenir brusquement, avec une sensation de brûlure (1), sur une base primitivement rouge (2), des groupes isolés de papules d'un rouge vif, de la grosseur d'un grain de millet et même plus grosses, qui se transforment dans l'espace de quelques heures, ou de un à deux jours, en vésicules du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de plomb ou d'un pois. La sensation de brûlure est assez vive. La durée de l'éruption peut être de quatre à huit jours, tous les groupes vésiculeux n'apparaissant pas en même temps. Mais les efflorescences de chaque groupe sont contemporaines, elles atteignent par conséquent en même temps leur complet développement, et un groupe peut être déjà entièrement développé, tandis qu'un autre ne fait que commencer. Les vésicules de chaque groupe sont tout à fait isolées les unes des autres; cependant, à leur période de plein développement, elles sont plus rap-

---

« Cette maladie suit une marche semblable à celle de la petite vérole et d'autres exanthèmes fébriles; elle est précédée ordinairement, pendant deux ou trois jours, d'un état de langueur, d'anorexie, de frissons, de céphalalgie, de nausées, de fréquence du pouls; et ces symptômes sont suivis d'une chaleur brûlante, d'un sentiment de fourmillement à la peau et de douleurs lancinantes dans la poitrine et l'épigastre. Quelquefois, la fièvre qui précède cette éruption est si légère qu'on y fait à peine attention... » *Loc. cit.*, p. 279.

Il ne dit pas que cela constitue en réalité *une fièvre,* mais sa description indique à quel point l'analogie lui paraissait flagrante. La vérité est que le zona peut être précédé d'une fièvre prodromique qui se présente à tous les degrés de l'échelle pyrétique, depuis les plus élevés jusqu'aux plus atténués. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Dans quelques cas, nulle sensation d'aucune sorte ne précède la formation des éléments éruptifs; le patient s'aperçoit par hasard des premiers placards; quelquefois un assistant ou même le médecin; parfois, c'est seulement un *prurit* plus ou moins vif, ou une sensation désagréable provoquée par le frottement des vêtements.

E. B. — A. D.

(2) Cette rougeur, cet érythème prévésiculaire, s'ils sont constants, peuvent être la manifestation unique du processus zostérien — *zona abortif;* chez quelques malades, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction de la peau prennent un développement considérable, et dans les points où le tissu lamineux s'y prête, comme dans la région fronto-palpébrale, simulent l'érysipèle; sur le thorax, ce sont de larges bandes obliquement menées de haut en bas, et du rachis vers la ligne médiane antérieure, etc., etc. Très rapidement, ces nappes érythémateuses prennent un aspect finement « chagriné »; puis, en quelques heures, les groupes vésiculeux se dessinent et se détachent en îlots séparés.

E. B. — A. D.

prochées; elles peuvent même devenir confluentes, au point de ne former sur la peau qu'une seule grosse bulle saillante.

Le contenu des vésicules reste pendant trois à quatre jours assez clair, limpide comme de l'eau; ensuite il se trouble, devient purulent et, en se desséchant, se transforme en croûtes brun jaune recouvertes de l'enveloppe vésiculaire. Il s'écoule pour l'entière évolution de chaque groupe un intervalle de huit à dix jours, et comme il s'opère souvent durant la première semaine des poussées successives, il en résulte que le cours entier de l'éruption peut avoir en moyenne une durée de deux à quatre semaines. Après la chute des croûtes, la peau reste pendant quelque temps légèrement pigmentée en brun (1).

Le nombre des groupes de vésicules est extrêmement variable. Dans les cas les plus simples, on n'en trouve qu'un seul, soit au point d'émergence, soit à l'extrémité périphérique du nerf malade, soit sur une partie quelconque de son trajet. Dans les cas ordinaires, il y a plusieurs groupes, de six à huit, distribués à peu près uniformément sur le trajet du nerf. Dans les cas les plus accentués, non seulement les vésicules des groupes isolés sont très confluentes, mais encore les groupes eux-mêmes sont tout à fait rapprochés les uns des autres, de manière que tout l'espace paraît recouvert de grosses vésicules, et ce n'est qu'à la saillie et à la coloration du rebord périphérique qu'on reconnaît la disposition de l'éruption en groupes isolés.

Il est facile de comprendre que, dans ce dernier cas, les douleurs sont plus vives, les phénomènes (2) fébriles qui les accompagnent

---

(1) Les macules consécutives à l'éruption du zona sont d'abord congestives, et elles persistent souvent assez longtemps dans cet état; la pigmentation est plus éloignée, souvent très persistante; chez quelques sujets, permanente. E. B. — A. D.

(2) Dans les cas les plus ordinaires, la fièvre prézostérienne, quand elle a été manifeste, cesse ou s'atténue avec l'achèvement de l'éruption; mais dans les cas sévères, soit par la localisation, soit par les complications, elle se prolonge ou se relève et peut atteindre une extrême intensité, en même temps que des phénomènes généraux graves — accidents cérébraux dans le zona trifacial, complications pulmonaires ou rénales, adynamie, etc., dans les zosters à vastes déterminations cutanées, — sans préjudice des accidents à imputer aux maladies générales dont les sujets sont assez souvent atteints préalablement, — goutte, néphrite albumineuse, diabète, cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, phlegmasies chroniques des centres nerveux, etc.

Que le zona soit fébrile ou apyrétique, grave ou léger, tous les accidents ont une *exacerbation nocturne* remarquable; l'*insomnie* est la règle et à toutes les périodes. C'est un malaise protéiforme, une jactitation véritable; le patient change sans cesse de position, ne pouvant

plus prolongés ainsi que la durée totale de la maladie beaucoup plus longue (1).

Le type de zoster que je viens de décrire ici, type qui comprend, on le voit, des degrés passablement différents, quoique restant toujours normal, présente cependant des variétés plus ou moins marquées dans un sens ou dans l'autre, qui lui donnent alors un caractère anomal.

Quand la névralgie prodromique ne diminue pas en même temps qu'a lieu l'éruption, mais se fait au contraire très vivement sentir, ou, ce qui s'observe aussi, quand la névralgie persiste après la disparition du zoster, l'affection peut être dite alors anomale (2). Par contre, le zoster peut se terminer d'une manière abortive, en ce sens que tous les groupes ne se composent que de papules, dont aucune ne se transforme en vésicule, mais qui disparaissent rapidement avec desquamation. Dans tout zoster, on trouve presque constamment quelques groupes incomplètement ou tardivement développés.

Une des plus remarquables anomalies de la marche du zoster con-

---

en trouver aucune qui le soulage plus de quelques instants ; ceux-là même qui n'ont pas de vraie douleur dorment mal ou ne dorment pas, ou ont un état de veille inconscient. En praticien véritable, Fabre a insisté sur l'insomnie zostérienne, et fait remarquer que les auteurs ne lui accordaient pas l'importance qu'elle comporte.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La durée totale du zona proprement dit peut être évaluée en moyenne à deux, quatre, ou six septenaires, suivant l'intensité du cas; et la durée de la période floride peut être estimée à un, deux et trois septenaires ; les lésions cutanées ne sont pas toujours guéries dans ces délais et les accidents consécutifs peuvent se prolonger durant des mois, mais cela ne justifie pas la dénomination de *zona chronique* proposée par quelques auteurs, — Voy. Leudet, Le zona chronique (*Arch. gén. de méd.*, 1887). — Le terme de zona atypique, ou *zona prolongé*, persistant, proposé par quelques auteurs, suffit parfaitement et ne consacre pas l'idée, non fondée, que le zoster est de l'ordre des affections qui peuvent s'installer à l'état chronique, dans la valeur nosologique de ce mot. E. B. — A. D.

(2) Nous n'appelons pas cela des anomalies ; ces différentes manières d'être du zoster répondent à des formes particulières, *formes cliniques*, correspondant à des conditions anatomiques, ou individuelles. Parmi elles on peut distinguer, par exemple : *a*), au point de vue de l'intensité de l'éruption, le zona abortif, le zona commun, le zona inflammatoire, érysipélatoïde, phlycténoïde (herpès phlycténode) ; *b*), sous le rapport de l'état de la sensibilité, le zona indolent, le zona névralgique ordinaire ou commun, le zona hypernévralgique soit par l'intensité, soit par la durée de la névralgie qui accompagne ou suit l'éruption, etc. E. B. — A. D.

siste en hémorrhagies, qui se produisent dans l'intérieur des vésicules et dans la couche papillaire (1). Dans tout zoster intense, certaines efflorescences, ou toutes les efflorescences de quelques groupes, présentent, au lieu d'un contenu clair comme de l'eau, un liquide rouge bleu, c'est-à-dire hémorrhagique. Mais ces efflorescences peuvent cependant arriver à dessiccation complète avec leur contenu hémorrhagique. Dans le zoster hémorrhagique, la majorité des efflorescences est hémorrhagique. Alors la douleur est extrêmement vive, les efflorescences et les groupes d'efflorescences dont il est question n'arrivent pas à dessiccation, mais chaque enveloppe vésiculaire se rompt, tombe, laissant à sa place une ulcération à base désorganisée par l'hémorrhagie, plus ou moins profonde, correspondant pour la forme aux efflorescences et à leurs groupes, ulcérations qui sont extrêmement douloureuses, et qui doivent passer par un processus de suppuration avant que le tissu désagrégé ne s'élimine pour donner lieu à la cicatrisation. On comprend facilement que ces points ne guérissent qu'avec des cicatrices, puisqu'une partie du corps papillaire conjonctif a été détruite en même temps ; un zoster de cette nature peut durer six semaines à trois mois.

Les modifications locales de tissu ainsi que les phénomènes concomitants et consécutifs sont encore plus intenses dans le zoster gangreneux. Dans cette forme, il survient dans les vésicules, alors qu'elles sont encore intactes, une coloration vert noirâtre, bientôt brun noir de la couche supérieure du derme qui forme la base des vésicules, de sorte qu'on voit à travers l'enveloppe de la bulle la modification nécrotique. Ce n'est que plus tard que cette dernière se dessèche sur l'eschare, ou l'escharification apparaît de prime-abord sans formation préalable de vésicules, comme si on avait cautérisé ce point avec de l'acide azotique. Par suite, les eschares sont tantôt de la dimension des vésicules isolées, et comme celles-ci réunies en groupes ; tantôt elles constituent une seule masse qui a l'étendue de tout un groupe de vésicules, présentant alors sur son bord des dentelures arrondies comme ces vésicules, bord qui correspond au contour des efflorescences marginales.

Dans tout zoster intense et surtout hémorrhagique, on trouve çà et

---

(1) La coloration, hématique ou hémorrhagique, des éléments vésiculeux dans le zoster ne constitue pas une anomalie à proprement parler; il y a peu de cas, même légers, dans lesquels on ne trouve quelques vésicules livides, ou même hématiques, au moment de leur décours.

Le zona vraiment hémorrhagique constitue une *forme* souvent grave, heureusement rare, des espèces hautement trophonévrotiques, telles que le zona érysipélatoïde, ulcérant, gangreneux, etc.

E. B. — A. D.

là la base de quelques vésicules nécrosées (1). Mais dans le zoster gangreneux, la gangrène atteint quelques-uns et même tous les groupes dans la sphère entière du zoster; la douleur, la fièvre sont dans ces cas très vives.

Le zoster peut être aussi anomal par ses suites ; on voit en effet persister, après certains zosters, pendant un temps ou définitivement, des névralgies, des paralysies ou des atrophies musculaires, des troubles trophiques, la chute des cheveux ou des dents (M. Singer) ou des anomalies de sécrétion dans la sphère du territoire atteint par le zoster.

Le plus ordinairement, on a vu la paralysie musculaire et l'atrophie accompagnant et suivant le zoster facial, autrement dit on a vu du zoster dans la sphère du trijumeau et des nerfs cervicaux supérieurs (Tryde, Greenough, Verneuil, Letulle, Strübing, E. Voigt, Eulenburg, E. Remak) et Vernon a rapporté un cas de paralysie partielle de l'oculo-moteur dans le zoster ophthalmique. Dans le zoster brachial traumatique, Schwimmer, Broadbent ont observé une paralysie des muscles du bras, Joffroy une fois l'atrophie du deltoïde, une autre fois celle des muscles innervés par le nerf cubital (2).

J'ai déjà relevé à diverses reprises des névralgies survivant au zoster facial, dans la région du nerf maxillaire, névralgies qui entraînent un grand affaiblissement des malades, parce que chaque fois qu'ils essayent de mâcher ou de parler il se produit un nouvel accès de tic douloureux, et ils sont ainsi obligés de s'abstenir de manger et de boire, fréquem-

---

(1) « L'hémorrhagie, l'ulcération, la nécrose ne sont pas les seuls accidents cutanés que l'on peut observer au cours du zona ; il faut ajouter la dermite diffuse ou en plaques, dermolymphite, dermite érysipélatoïde, dermite ligneuse en plaques, les furoncles et l'anthrax, particulièrement dans la séquelle, avec tous les épisodes douloureux ou fébriles qui sont attachés à ces complications heureusement rares, mais dont il faut avoir la notion pour les prévoir, les prévenir souvent par des soins appropriés. Ces accidents et ces complications seront surtout à redouter dans les cas de zona survenus chez des sujets placés dans des conditions de santé défectueuses, soit par une maladie organique, carcinose, tuberculose, soit par une maladie générale, glycosurie, néphrites, diathèse urique, etc.

Les adénopathies, très fréquentes dans l'atmosphère ganglionnaire du zona bien qu'elles soient peu notées, sont en général résolutives.
E. B. — A. D.

(2) Les paralysies musculaires postzostériennes peuvent être légères, ou graves, et, dans ce dernier cas, d'une gravité particulière ; aux membres et à la face, elles sont amyotrophiques, souvent rebelles, prolongées, quelquefois définitives ; leur traitement réclame de la part du médecin une connaissance réelle des myopathies. E. B. — A. D.

ment aussi il survient une névralgie intercostale persistant des mois et des années.

Chez une femme, je vis encore, quatre mois après la terminaison d'un zoster cervical du côté droit, apparaître brusquement, sous l'influence d'une excitation morale, des gouttes de sueur dans la sphère de la région indiquée, comme Donders l'a constaté dans le zoster facial; et Gerhardt a trouvé par l'examen galvanique une altération de la réaction de la sensibilité à la suite du zoster. Souvent on a trouvé dans la sphère du zoster une diminution de la sensibilité, ou de quelques-unes de ses propriétés, même de l'anesthésie avec persistance de la douleur — anesthésie douloureuse (1).

Abstraction faite de ces anomalies, rares en général, mais que l'on a eu cependant assez souvent l'occasion d'observer, on peut considérer le zoster comme une affection bénigne (2) qui guérit habituellement

---

(1) Voy. H. Rendu, Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau, *in Annales de Dermat. et de Syph.* 1re série, t. V, 1873-1874, p. 412 ; t. VI, 1874-1875, p. 5, 110, 193.

E. B. — A. D.

(2) La bénignité de la majorité des cas de zona est incontestable; mais il faut ajouter qu'il y a peu d'affections dans lesquelles l'*imprévu* soit plus ordinaire, le pronostic général porté par le médecin plus souvent infirmé : voici un cas s'annonçant sévère, avec fièvre vive, névrodynie intense, qui aboutira à une éruption fruste et se terminera d'une façon absolument simple; un autre, à l'inverse, aura débuté presque sans réaction générale; puis les poussées éruptives iront en croissant, la lésion cutanée prendra de grandes proportions, et la fièvre secondaire sera intense ; des ulcérations interminables s'établiront, et le médecin qui aura porté un pronostic bénin n'aura pas à s'applaudir de ses prédictions. En résumé, réserve extrême dans le pronostic à porter au début, et nécessité d'informer le patient des irrégularités de la maladie dans son cours, et dans ses suites.

L'âge du sujet est très important à considérer, mais avec cette remarque que le pronostic *général* du zoster doit toujours être formulé sous bénéfice de très nombreuses exceptions. La règle est que le zona est bénin chez l'enfant, tantôt bénin, tantôt très grave, avec des nuances à l'infini chez l'adulte, ordinairement sévère chez le vieillard, particulièrement en raison de la fréquence, à cet âge, de la forme hypernévralgique, et de la durée extrêmement prolongée des névrodynies consécutives.

Dès le début, les localisations diverses pourront aussi être prises en considération, en raison des incidents plus graves, plus multipliés ou plus douloureux, qui peuvent les accompagner ou les suivre, accidents oculaires et cérébraux dans le zona ophthalmique ; paralysie faciale quelquefois grave et prolongée ; névrodynies et parésies multiples et prolongées dans le zona des membres, qui est souvent hypernévralgique.

d'une manière complète sans altération persistante de la peau ; comme je l'ai déjà dit, c'est seulement le zoster hémorrhagique qui laisse des cicatrices (1).

Un fait digne de remarque, c'est que le zoster ne survient, ordinairement, qu'une seule fois chez le même individu. On ne trouve dans la littérature médicale que quelques cas de zona survenus deux fois chez le même sujet (Wyss, Fabre, Stern, Fr. Skabell) et, dans ces cas, ce n'est pas le même médecin qui les avait observés. Je sais, par une communication verbale de deux sujets, dont un médecin, qu'il était survenu à plusieurs reprises chez eux un zoster dans la région du nerf crural et dans celle du nerf génital. J'ai vu (fait unique) chez une seule malade, jusqu'à neuf récidives de zoster, et j'ai constaté chez cette personne, depuis cette époque, une dixième et même une onzième éruption

---

De même, la détermination de la *forme clinique* observée aura une importance positive dans la discussion du pronostic à porter dans chaque cas particulier.

De plus, on n'omettra pas, de déterminer la condition spéciale du sujet, habituelle ou accidentelle, constitutionnelle, diathésique, etc., et, dans les *périodes épidémiques* — KAPOSI — de tenir compte de la bénignité ou de la gravité propre à la *constitution* actuelle.

Quand le zona survient au cours d'un état général grave, d'une cachexie avancée, non seulement sa signification pronostique est mauvaise pour l'issue définitive, mais encore la forme de la maladie intercurrente est en général sévère, et rend particulièrement cruelle la dernière période de la vie du patient.

Pronostic moins régulièrement sérieux, mais toujours réservé chez les sujets cardiaques, néphritiques, glycosuriques, goutteux, etc.

Dans diverses publications, LELOIR a insisté sur la valeur indicatrice ou révélatrice, prémonitoire, d'une attaque de zona, au point de vue de l'existence simultanée, ou à venir, d'un état pathologique du système nerveux. Nous avons eu, nous-mêmes, l'occasion de rencontrer la coïncidence du vitiligo et du zoster, coïncidence dont on ne peut encore donner une interprétation ferme.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Toutes les espèces de zona laissent à leur suite des macules congestives, pigmentaires, d'une durée variable, souvent prolongée, auxquelles succèdent fréquemment des macules achromiques dont on peut retrouver pendant longtemps la trace. Un grand nombre de cas, qui ne sont pas hémorrhagiques au sens propre du mot, sont suivis de cicatrices indélébiles surtout à la face, au col, et sur le haut du thorax. Le médecin doit toujours supposer leur production, avertir les intéressés de leur éventualité, s'il a souci de sa responsabilité, et en tenir compte dans la sollicitude avec laquelle il doit surveiller et diriger l'évolution des lésions zostériennes. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

avortée. Mais, dans ce cas, le zoster constituait aussi, sous tous les autres rapports, une exception si tranchée (zoster gangreneux ponctué et strié), que ce cas ne saurait modifier en rien la loi sur l'unicité de cette affection (1).

Relativement à l'apparition typique du zoster sur un seul côté, on connaît un assez grand nombre d'exceptions. Quelques auteurs, et

---

(1) Au moins égale à celle des pyrexies exanthématiques, l'*unicité* du zona constitue un caractère nosologique majeur, qui réclame mieux qu'une simple mention ; bien qu'elle ait été contestée sous le prétexte que, la maladie elle-même étant rare, on ne doit pas la rencontrer souvent sur un même sujet, elle est incontestable.

De toute évidence, ce ne peut être seulement par le fait de la localisation anatomique ; il faut que cela dépende de quelque chose de particulier à la condition pathogénique essentielle, que cela soit inhérent à la *nature* de la maladie. Ce quelque chose que nous avions, dans la première édition de cette traduction, déclaré incompréhensible dans l'état actuel de nos connaissances, — Voyez t. I, p. 418, note 1, — Landouzy l'assimile sans hésiter à un agent de l'ordre de l'élément spécifique des maladies non récidivantes à localisation restreinte, telles que la maladie ourlienne, ou mieux la coqueluche (1). L'analogie est acceptable, et la comparaison séduisante ; mais cependant que d'inconnues ! Cette unité et cette unilatéralité de localisation constantes ne sont-elles pas bien extraordinaires dans une maladie générale qui imprègne le système entier au point de lui procurer l'immunité ultérieure? L'élément pyrétique n'est-il pas souvent absent de cette « fièvre » zostérienne? Et comment comprendre, étant donnée sa spécificité parfaite, que l'agent pathogénique réel puisse dériver des conditions étiologiques extraordinairement variées qui provoquent la production du zona?

Voilà pourquoi, tout en acceptant le principe du zoster zymotique, nous *répétons* que nous ne pouvons pas encore comprendre *réellement* toutes les particularités étranges de l'histoire de cette affection, et qu'un supplément d'information reste nécessaire.

Quant à la rareté elle-même des récidives, elle donne un intérêt particulier aux observations qui en seront produites à l'avenir, et qui devront être appuyées de garanties d'authenticité réelle, non pas seulement au point de vue du fait, mais sous le rapport de la distinction à établir entre le zona et les affections zostéroïdes. Voici, très sommairement, une observation qui nous a été communiquée par Leloir ; elle est de nature à montrer à quel point le sujet est complexe, et combien il est nécessaire de le remettre à l'étude avant de prononcer un jugement.

(1) *Voy.* Landouzy. Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes, *in Semaine médicale*, septembre 1883. — H. Barth. Étiologie et nature du zona, *in Union médicale*, novembre 1883. — P. Fabre (de Commentry). Un cas de zona récidivant, Paris, 1884. — P. Tommasoli. Sur la nature de l'herpès zoster, *in Giornale internaz. d. Sc. med.*, 1886 ; anal. franç. p. Siredey, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t, VIII, 1887.

moi-même, avons vu des cas de zoster facial et cervico-brachial doubles et j'ai eu, en outre, l'occasion d'observer un premier cas de zoster double sacro-fémoral et ischiatique (1). Il faudrait peut-être considérer

---

Médecin, soixante-trois ans, très vigoureux, n'ayant jamais eu d'autre affection qu'un *Bouton* de Biskra, en Algérie. Depuis quelques années, il est atteint d'un *vitiligo* qui a envahi successivement les organes génitaux, le tronc, les membres, la face, etc.

Quand LELOIR le vit pour la première fois en mai 1886, il était atteint, en outre, d'un zona intercostal gauche disposé en bande « et des plus classiques »; *c'était sa* DIXIÈME *attaque de zona intercostal.*

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Nous n'avons jamais vu de *zona double*, en un grand nombre d'années d'observation sur un vaste théâtre; nous n'en nions pas l'existence, et nous ne nous donnerons pas la tâche facile de montrer que plusieurs des exemples rapportés sont, au moins, contestables.

Le fait essentiel demeure acquis : dans le zoster, *l'unilatéralité est la règle*, la bilatéralité l'exception très rare; pour les cas où la lésion nerveuse pathogène est de cause externe et directe, cela se conçoit aisément; mais pour les cas spontanés, et dans la théorie zymotique, il est malaisé de comprendre l'irritation isolée et unilatérale d'un ganglion extracranien ou extrarachidien et il est difficile de ne pas remonter à l'existence d'une localisation centrale.

Non seulement le zona est, de règle, *unilatéral*, mais encore il est aussi habituellement *unique;* il n'est pas impossible cependant qu'il soit *multiple* sur un même territoire, c'est-à-dire, par exemple, qu'il occupe plusieurs espaces intercostaux du même côté, formant alors tantôt une large bande occupant une plus ou moins grande partie de la hauteur du thorax, par la confluence des zones érythémato-vésiculeuses superposées; tantôt deux ou plusieurs zones éruptives simplement superposées et restant isolées. Le premier cas, le moins rare, est très bien exposé dans une observation de WETHERILL (Obs. d'H. zoster, *Philadelphia med. Times,* 1883; anal. franç. par BROCQ, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 608). L'éruption formait une plaque d'environ huit pouces de large, allant de la quatrième à la dixième côte et s'étendant, d'autre part, de l'épine dorsale à la partie médiane antérieure du tronc. Le second est représenté dans sa plus complète expression par le cas d'ERASMUS WILSON (*Journ. of Cut. med.*, t. IV, p. 158, *cit.* Wetherill), dans lequel il existait simultanément « entre la clavicule et le pli de l'aîne cinq demi-cercles d'éruption vésiculeuse distincts les uns des autres, en un mot cinq zonas parallèles ».

On peut en outre observer deux zonas sur un même sujet dans des territoires anatomiques différents et distincts (soit du même côté), *zona hémiplégique,* tronc et membre inférieur; soit croisé, comme dans l'observation X de FABRE, *loc. cit.*, p. 48, au thorax du côté droit et à la cuisse gauche.

Enfin, un même zona peut avoir des subdivisions selon le système nerveux de la région atteinte — *zona bifurqué* de FABRE — et par voie anastomotique. E. B. — A. D.

comme herpès iris le cas qui a été décrit par Tommaso de Amicis sous le nom de zoster bilatéral généralisé (1).

On trouve aussi bien le zoster chez les adultes que chez les personnes d'un âge mur, même chez les vieillards; d'une manière générale, il est beaucoup plus rare chez les enfants (2).

Il est curieux que le zoster se montre plus fréquemment dans certaines saisons, habituellement à l'époque où surviennent très souvent des inflammations pulmonaires et certaines variétés d'érythème dont j'ai déjà parlé, tandis que, dans d'autres périodes de l'année, on n'en observe point, ou seulement sous une forme sporadique (3).

Pour ces zosters qui en général sont fréquents à certaines périodes,

---

(1) Le cas de Tommaso de Amicis — Caso rarissimo di zoster bilaterale universale, *Giornale Internazionale delle Sc. med.*, anno IV, et tirage à part, Napoli, 1882 — n'est certainement pas relatif à un zoster, au sens où nous le comprenons; mais nous ne le dénommerions pas davantage « herpès iris », et le savant professeur le considère aujourd'hui comme se rapportant à la maladie de Dühring. E. B. — A. D.

(2) Le zona est loin d'être rare chez les enfants, nous l'avons observé dans la première et dans la seconde enfance avec les localisations les plus diverses, y compris le territoire du trijumeau.

Voyez l'importante monographie de Paul Fabre (de Commentry). — Le Zona, mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers, concours de 1880. *Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, années 1881, 1882, réimprimé à Paris en 1882. — J. Comby, Quelques cas de zona chez les enfants, *in France médicale*, juin 1885.

E. B. — A. D.

(3) Lorry — *Tract. de morb. cut.*, Paris, 1777, p. 405, — reconnaît au zona une origine extrinsèque, et dit qu'on peut l'observer à l'état épidémique; mais il parle peu de sa contagiosité, et sa conception est toute différente de celle que représentent les idées de Erb et de Landouzy; elle semble plutôt se rapprocher de la notion, encore aujourd'hui confuse, des intoxications autogènes : « *Quibus omnibus clare, ut speramus, evincitur zonam verum esse ignem sacrum ab acri pariter extraneo intus admisso oriundum, indeque pendentem. Quod acre, ut mihi, plerumque vidisse contigit, in zonâ quæ apud nos epidemice aliquando grassatur a complicatis primarum viarum vitiis cum perspiratione acri retentâ pendet.* »

En réalité, l'épidémicité du zoster est très restreinte, toujours limitée; elle ne dépasse pas de beaucoup ce que l'on observe pour d'autres maladies non miasmatiques; ce sont de petites *séries* de cas observés en même temps, mais jamais, à notre observation, dans un même groupe d'individus.

Il nous serait très agréable de déclarer que le zoster est fréquent, comme le veut l'auteur, aux époques où les inflammations pulmonaires sont communes; mais nous avons observé les *séries* de zosters en toute

presque épidémiques, on pourrait admettre qu'ils sont occasionnés par un contage miasmatique. Mais avec cette hypothèse on ne comprend

---

saison, et dans le tableau ci-dessous relatant les cas de zona traités dans les salles de l'hôpital Saint-Louis (1) par mois et par année pendant dix années, de 1878 à 1887, on verra que le mois de mars, le mois traditionnel de la pneumonie, ne compte que très peu de cas de zoster.

Tableau indiquant, par mois et par année, le nombre de cas de zona traités dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, de 1878 à 1887.

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Totaux annuels et total général
1878....	4	1	2	3	4	3	1	2	3	2	3	1	29
1879....	2	6	3	3	1	3	6	3	3	4	2	»	36
1880....	»	1	1	2	1	2	4	1	5	»	3	3	24
1881....	3	3	2	4	4	4	3	1	4	1	2	»	31
1882....	1	»	1	3	5	1	2	»	»	2	1	2	18
1883....	»	3	1	5	2	4	4	3	2	2	4	1	31
1884....	7	5	4	3	5	3	3	1	2	2	5	2	42
1885....	2	»	3	2	3	4	1	3	5	2	2	»	27
1886....	2	2	1	3	3	7	2	4	2	1	»	1	28
1887....	1	2	1	4	4	4	4	1	4	1	4	2	32
Totaux mensuels .	22	23	19	32	32	36	30	19	30	17	26	12	298

Si l'on fait commencer l'hiver médical en décembre, on voit, d'après ce tableau, que l'*hiver* compte cinquante-sept cas, soit 19 p. 100; le *printemps* quatre-vingt-trois, soit 27 p. 100 ; l'*été* quatre-vingt-cinq, soit 28 p. 100; l'*automne* soixante-treize, soit 24 p. 100.

C'est-à-dire qu'il n'y a aucune assimilation à établir entre le *mouvement* des affections des voies respiratoires et le zoster, lequel varie au cours des saisons dans des proportions peu considérables ; que l'hiver est la période où il y a le moins de zosters, mais qu'une véritable irrégularité règne dans ces rapports, le mois de mars, le mois d'août et le mois d'octobre comptant le même nombre d'entrées pour zona; le mois de décembre est le seul dans lequel le chiffre s'abaisse réellement, et atteint son *minimum*.

Enfin, les *variations annuelles* sont plus accentuées, l'une de nos dix

(1) Les malades traités à la consultation externe (policlinique de l'hôpital), et qui sont beaucoup plus nombreux, ne sont pas compris dans ce tableau, parce que le chiffre exact n'en a pas été relevé.

pas pourquoi un tel agent n'atteindrait jamais qu'un seul ganglion (1) et frapperait seulement une fois l'individu (2).

Dans ces circonstances, un refroidissement peut provoquer le zoster comme toutes les autres variétés de névrite.

On a observé à différentes reprises une éruption de zoster chez des personnes qui étaient soumises à une médication arsenicale. Je partage

---

années n'ayant que dix-huit cas de zona (chiffre minimum) et une autre (maximum), quarante-deux. Ces résultats sont cependant dignes d'être notés, ils sont moins contradictoires que ceux qui ont été produits — voy. Fabre, *loc. cit.*, p. 103. — Ils sont probablement l'expression de la réalité, ayant été recueillis pendant une période décennale régulière, dans des conditions parfaitement précises, le mois indiqué étant toujours celui du début du zoster, et cette maladie, par sa nature et par son nom, ne prêtant ni à erreur ni à ambiguïté.

Comparez : Fischer. Une petite épidémie de zona. *Correspondenz Blatt für die Schweizer Ærzte*, 1876, nº 14. — G. Walther. Trois cas de zona chez des étudiants ayant successivement habité la même chambre. *Med. Central Zeitung*, 24 avril 1878. — Pfeiffer und Lübben. Aufruf zür Betheiligung an einer Sammelforschung des Allgem. ärtzlichen Vereins von Thüringen über Vorkommen Sitz und Epidemicität des H. Zoster. — *Corresp. Blatt der Allgem. arzt. Vereins von Thüringen*, 1887, nºs 9 et 11. — M. Kaposi. Bemerkungen über die jüngste Zoster-Epidemie und zur Actiologie des Zoster. *Wiener Medic. Wochenschrift*, 1889, nºs 25 et 26.

(1) Si le zoster a un principe spécifique, il n'y aurait rien d'impossible à ce que ce principe puisse être transmis du sujet malade à l'individu sain, directement ou médiatement; divers auteurs anciens ou récents avant Erb — Not. z. ætiol. der Herpès zoster, *in Neurol. Centralbl.*, 1882 — ont observé et publié des cas dans lesquels il est difficile d'écarter la notion de transmission contagieuse. Mais, en réalité, cette contagiosité ne paraît pas être la condition de la très grande majorité des cas de zona; consulté sur les précautions à prendre dans les soins à donner aux sujets qui en sont atteints, le médecin avisé répondra que le danger est fort minime, mais il conseillera la propreté antiseptique dans les pansements et dans le nettoyage des linges à usage du patient.

Comme d'autres observateurs, nous avons fait des essais infructueux d'inoculation du zoster; cela n'a aucune valeur pour nier sa contagiosité. Inoculabilité et transmissibilité ne sont pas liées l'un à l'autre d'une manière indissoluble; si le zona se transmet c'est par un procédé que nous ignorons, mais notre ignorance ne signifie pas que cette transmission ne se peut opérer.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Nous disons avec l'auteur que dans la théorie zymotique du zoster, il est difficile de comprendre l'unilatéralité et la lésion unique d'un ganglion d'un seul côté du corps; nous avons fait nos réserves à cet égard; mais c'est cette théorie, au contraire; qui, seule, explique l'immunité acquise. E. B. — A. D.

l'opinion de ceux qui, comme James White, Paul Fabre, O. Julius-burger, pensent qu'il n'existe aucun lien étiologique entre l'emploi de l'arsenic et le zoster, et qu'il s'agit toujours dans ces cas d'une coïncidence accidentelle.

Mais on peut faire abstraction de toutes ces conditions et les considérer comme étant plutôt des circonstances accidentelles et concomitantes, puisque pour édifier l'étiologie du zoster nous pouvons arguer de faits entièrement positifs, ainsi qu'en témoignent les explications précédentes. Comme telles, il faut signaler celles indiquées antérieurement : l'hémorrhagie et l'irritation inflammatoire, les maladies constatées des ganglions spinaux et du ganglion de Gasser et les névrites déjà citées et reconnues histologiquement.

Comme causes occasionnelles, on peut encore indiquer les néoplasmes, le cancer, la tuberculose, les foyers purulents, la périostite, les exsudats inflammatoires et l'inflammation en général, la pleurésie, qui irritent et enflamment les troncs nerveux voisins des foyers morbides. On a observé aussi le zoster après l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Des traumatismes jouent le même rôle (zona traumatique) ; en effet, on a vu survenir, à la suite de coups de feu, de blessures par instruments tranchants, de contusions, de coups de fouet, des éruptions de zoster, par exemple dans la région du nerf frontal, du nerf brachial, du nerf cubital, d'un nerf spinal (1).

Mais je laisse de côté les rougeurs diffuses (*glossy skin*), les inflammations douloureuses, les vésicules et les bulles qui apparaissent ordinairement d'une manière chronique dans la région de nerfs blessés, tiraillés par des cicatrices ou des néoplasmes (Mitchell, Morehouse et

---

(1) L'étiologie du zona est singulièrement obscurcie par l'impossibilité de différencier le zoster absolu d'avec les éruptions zostéroïdes.

S'il était vrai que la tuberculose ou la carcinose de voisinage, la syphilis, une simple hémorrhagie parenchymateuse, une contusion, une blessure, un élément zymotique, l'agent producteur des intoxications chimiques les plus diverses, l'élément pathogène des maladies infectieuses aiguës ou chroniques — Voy. Letulle et Dreyfous, *Société clinique* et *France méd.*, 1889 —, etc., l'action du froid, une commotion morale, etc., etc., puissent produire le zona, ce ne serait plus une maladie, mais un symptôme-lésion d'une banalité parfaite.

Ce qui est le plus probable c'est que, chez les sujets qui sont atteints de zona, des conditions assez multiples produisent une opportunité morbide particulière ; sensibilité névrodermique innée, irritabilité propre du système nerveux, lesquelles, non seulement facilitent la production du zoster, mais encore en déterminent le degré, produisant, par exemple, chez les prédisposés, des douleurs atroces, des réactions

Keen, Mougeot, Schieferdecker, etc.), et qui sont mentionnées sous le nom de zoster ; il leur manque, pour mériter ce titre, la marche typique du zoster clinique.

Il faut ranger ici le cas d'une fille de vingt ans de notre clinique chez laquelle il survenait, depuis plusieurs semaines, dans la région du sein droit, des éruptions bulleuses accompagnées de douleurs névralgiques très vives. Dans ce cas, le tiraillement des nerfs avait sans doute été occasionné par un traumatisme (morsure de cheval) ou par des callosités pleurétiques.

LOCALISATION DU ZOSTER

Pour être autorisé à attribuer tous les cas de zoster à la région nerveuse atteinte, il serait nécessaire de connaître l'étendue périphérique de chaque nerf spinal et des nerfs sensibles du cerveau.

Voigt a, sous ce rapport, rendu un véritable service en étudiant, dans des préparations très soignées, les nerfs cutanés jusque dans leurs terminaisons les plus périphériques, et il a ainsi déterminé les limites de chaque nerf. Mais on a vu que sur la ligne médiane du corps, ainsi que dans d'autres régions, les nerfs de la peau passent dans la partie voisine, et qu'il n'existe par conséquent pas, à proprement parler, de limites précises ou de zones parfaitement neutres. A cela il faut ajouter que, même près de leur sortie de la moelle épinière, les nerfs spinaux sont en connexion entre eux par des anastomoses dans leur trajet supérieur et inférieur ainsi qu'avec ceux de l'autre moitié du corps, de telle sorte que l'état morbide d'un nerf peut avoir pour conséquence l'irritation et l'inflammation dans le trajet du nerf anastomotique ; abs-

---

de tout ordre, des lésions trophiques profondes, etc., alors que, chez les autres, les mêmes localisations anatomiques ne déterminent que des douleurs moyennes, légères, ou même nulles, n'éveillent aucune sympathie morbide, et ne donnent lieu qu'à des lésions insignifiantes. — Voy. les observ. de Leloir, Dreyfous, Letulle, etc., *loc. cit.* — En dernière analyse, tous les états pathologiques qui mettent le système nerveux dans un état de moindre résistance, impression du froid, traumatismes divers, commotions morales prolongées ou violentes, surmenage, dyscrasies sanguines et cachexies diverses, peut-être quelques altérations viscérales par la voie réflexe, celles de l'estomac, par exemple, etc., etc., peuvent être invoqués dans une mesure déterminée.

Mais pour un nombre très important de cas, il faudrait forcer les choses pour trouver dans les antécédents immédiats ou éloignés une cause réelle, et les cas de zonas idiopathiques, de cause inconnue, ne sont pas rares; tous ceux-là peuvent être réclamés pour la théorie zymotique. Ernest Besnier. — A. Doyon.

traction faite de ce que, comme dans le zoster double, l'inflammation peut rayonner des deux côtés partant d'un foyer morbide dont le point de départ est la moelle elle-même.

Par suite des nombreuses anastomoses existant entre les ramifications du trijumeau, du nerf facial et des nerfs supérieurs du cou, le zoster facial est le plus variable de tous quant à la région nerveuse.

C'est ainsi qu'il se manifeste souvent comme zona frontal, correspondant à l'étendue du rameau frontal de la première branche. Il survient alors des groupes de vésicules très confluents, très nettement arrêtés à la ligne médiane, sur une moitié du front correspondant à la sphère du nerf sus-orbitaire et s'étendant de la paupière supérieure jusqu'au vertex ; il en est de même des efflorescences qui gagnent jusqu'à l'angle de l'œil, correspondant au nerf fronto-nasal. Ce zoster est très souvent hémorrhagique ou gangreneux. Par suite de la participation du rameau ethmoïdal et du rameau externe du nerf nasal, il existe ordinairement aussi de la tuméfaction de la muqueuse nasale et une éruption sur la moitié correspondante de la face dorsale du nez jusqu'à son extrémité. Lorsque la maladie s'étend, par suite de la participation des nerfs zygomatique et lacrymal, la partie avoisinante des tempes peut devenir le siège d'une éruption, elle constitue alors le zona ophthalmique.

Cette localisation compte au nombre des variétés les plus douloureuses du zoster, et, dans certaines circonstances, elle devient dangereuse et peut même avoir des conséquences funestes. Tout d'abord, par la participation du rameau ciliaire et de la longue racine du ganglion, il peut survenir une injection des vaisseaux ciliaires, des papules, des vésicules et des ulcères sur la cornée (1), de l'iritis et du xérosis de la cornée ; par suite de l'affection du rameau lacrymal, de la conjonctivite, v. Stellvag ne considère pas seulement cet herpès ciliaire que l'on rencontre en même temps que le zoster sur la peau, dans lequel on a constaté le rapport anatomique de l'efflorescence avec un rameau terminal du nerf ciliaire dans la cornée (Iwanoff), comme identique avec le zoster, mais il rapporte aussi les phlyctènes de la cornée, qui surviennent si fréquemment chez les enfants scrofuleux et affaiblis, à une irritation directe des terminaisons des nerfs ciliaires et à la moindre résistance des vaisseaux chez ces sujets.

Les douleurs névralgiques, la photophobie, sont extrêmement vives

---

(1) Un des phénomènes les plus remarquables, les plus précoces et les plus persistants, consiste dans l'analgésie et l'anesthésie de la cornée ; on doit les rechercher dans tous les cas de zona périorbitaire.

E. B. — A. D.

dans ces cas. Enfin, comme dans le cas de Wyss, il peut se produire de la phlébite autour et à l'intérieur du bulbe, de la panophthalmie, de la pyémie, de la méningite par propagation de la phlébite dans la cavité cranienne, la mort pouvant devenir ainsi la conséquence de ces diverses lésions (1).

Une deuxième variété de localisation du zoster facial est celle qui a son siège principal sur la joue et correspond aux petites ramifications du rameau maxillaire supérieur par des groupes qui se terminent vers l'aile du nez et à la paupière inférieure, et qui sont sous la dépendance du rameau intra-orbitaire et de la terminaison du nerf du maxillaire supérieur. En même temps, il peut se produire, par la participation des rameaux palatins et pharyngés, des rougeurs diffuses douloureuses, ou des groupes d'efflorescences d'une durée éphémère, dans la région des joues, du palais et de la muqueuse pharyngienne du côté malade. Souvent une déglutition très difficile, de vives douleurs dentaires sont la suite de cette affection ; on voit même persister indéfiniment, ou du moins pendant très longtemps, une paralysie partielle du voile du du palais. On a enfin observé consécutivement des névralgies dentaires persistantes, la chute des dents et l'atrophie du prolongement alvéolaire, par suite de l'altération du nerf alvéolaire postérieur (M. Singer).

Au niveau de la troisième branche de la cinquième paire du maxillaire inférieur, il se produit un zoster qui correspond principalement à son rameau inférieur chargé surtout de fibres sensitives. C'est ainsi que surviennent des groupes de vésicules sur la partie antérieure de la conque et de la région temporale avoisinante, dans le conduit auditif externe jusqu'au tympan (nerf auriculaire antérieur); puis des éruptions dans la région de l'angle mentonnier correspondant au rameau mentonnier, et de l'irritation, quelquefois des desquamations épithéliales sur la partie de la langue correspondant au nerf lingual.

Mais il peut encore survenir sur la face postérieure de la conque quelques groupes correspondant au nerf auriculaire postérieur du facial, ainsi que dans la région des tempes, du front, des joues, de la mâchoire inférieure et de la région cervicale supérieure et antérieure,

---

(1) La description complète du zona ophthalmique, et l'étude des nombreuses questions de physiologie pathologique et de thérapeutique oculaire qu'elle soulève ne peuvent trouver place dans un traité élémentaire de dermatologie. Voy. les traités d'ophthalmologie, et, parmi les travaux cliniques récents, Alf. Hinde, Étude sur le zona ophthalmique. — *Med. Record*, 1886; anal. franç. par Brocq, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. VII, p. 668, 699. E. B. — A. D.

par la participation des rameaux temporal, zygomatique, buccal et des rameaux maxillaire et sous-cutané supérieur du cou, qui forment un plexus par leur réunion avec le mentonnier.

L'étendue du zoster de la face peut s'accroître par l'envahissement des régions qui sont sous la dépendance des nerfs cervicaux supérieurs, c'est-à-dire du grand nerf occipital qui se ramifie sur la nuque et sur la face postérieure de la conque, et part du troisième nerf cervical.

Très souvent, il n'apparaît, dans la région déjà décrite de la face, que des groupes tout à fait isolés de vésicules. D'autres fois, la région entière est envahie par l'éruption, soit par des groupes d'efflorescences hémorrhagiques presque confluents, très rapprochés les uns des autres, soit par des vésicules disséminées, développées normalement, parmi lesquelles il y a aussi beaucoup de groupes avec des papules avortées en voie de régénération. Il est plus rare de voir en même temps une éruption à l'occiput et à la nuque, c'est-à-dire une participation de l'anse cervicale des trois premiers nerfs cervicaux (zoster occipito-cervical). Enfin, le cas le plus rare, cependant observé à plusieurs reprises, est un zoster facial double, comme Hebra l'a le premier décrit et comme il l'a reproduit dans son atlas.

Après chaque localisation du zoster facial on a vu, ainsi que je l'ai dit, persister très fréquemment des névralgies, des paralysies musculaires et des troubles trophiques (chute des poils et des dents, atrophie des muscles).

Comme le zoster facial provient d'une maladie du trijumeau ou de quelques-uns de ses rameaux, mais que la paralysie musculaire suppose une affection du nerf facial, l'explication de ce rapport n'est pas facile. Strübing pense que, dans ce cas, l'inflammation envahit, par l'intermédiaire des rameaux périphériques du trijumeau, les branches terminales du facial, voisines et en communication avec elles, d'où une névrite qui de là remonte au tronc du facial. Eulenbourg fait intervenir les nerfs vasomoteurs et trophiques qui, d'après Samuel, Schiff, sont contenus dans le facial (provenant du nerf vague). Ainsi, une inflammation du facial pourrait avoir comme conséquence, par la participation de ces fibres trophiques, un zoster de la face et de la région cervicale, et des états trophiques et paralytiques. Pour certains cas, on a admis une maladie du tronc nerveux dans le canal de Fallope avant la séparation de la corde du tympan, où, par conséquent le facial paraissait primitivement et simultanément atteint. E. Remak pense qu'il est plus naturel d'admettre que cette cause nocive (le refroidissement), qui affecte peut-être les rameaux du trijumeau, a touché dans ces cas aussi le facial et a ainsi occasionné un trouble dans ses fonctions.

Dans le zoster occipito-cervical on trouve, en dehors des groupes

vésiculeux occupant les régions occipitales supérieure et inférieure qui correspondent au nerf grand auriculaire, d'autres groupes sur la face postérieure de la conque, sur le lobule de l'oreille et sur la face postérieure du conduit auditif; enfin, à la partie antérieure, vers la ligne médiane du cou, en passant sous le menton, des groupes correspondant au rameau sous-cutané du cou partant des nerfs cervicaux supérieurs.

Dans le zoster cervico-subclaviculaire, l'éruption commence à la nuque, à la limite du cuir chevelu, monte sur la région latérale du cou se dirigeant de haut en bas et en dehors vers l'épaule, de là vers la partie antérieure, sur la peau comprise entre la clavicule et le mamelon, et sur la région sus-claviculaire. L'étendue correspond à la sphère de distribution du quatrième nerf cervical, des nerfs sous-claviculaires et des nerfs ascendants de la nuque.

Le zoster cervico-brachial a son point de départ dans la région du plexus brachial, qui est formé par la réunion des rameaux antérieurs des quatre nerfs cervicaux inférieurs, et des premier et second nerfs thoraciques.

De ce plexus nerveux partent des rameaux cutanés pour la nuque et l'épaule; du premier et du second nerf intercostal, on voit des rameaux cutanés se diriger vers la partie postérieure et interne du bras, et d'autres vers la partie antérieure du thorax, au niveau des deux premières côtes. Ce zoster descend plus ou moins, aussi bien sur le côté de l'extension que sur celui de la flexion du bras; parfois, il gagne l'avant-bras jusqu'au petit doigt; en même temps, il y a des groupes vésiculeux dans la région des deux premières côtes jusqu'au sternum. Mais parfois, par suite de la participation des nerfs cervicaux moyens qui se sont reliés au plexus, il se fait une éruption dans la région de la nuque jusqu'à l'occiput et même dans la région scapulaire; dans ce dernier cas, l'éruption correspond au nerf cutané brachial supérieur.

J'ai vu une fois un zona double occipito-cervico-brachial, dont les vésicules se continuaient jusqu'à l'extrémité des doigts et à la paume de la main.

C'est dans le zoster pectoral que le type nerveux de la maladie est le plus caractérisé.

Tout nerf dorsal se divise, aussitôt après sa sortie, en un rameau antérieur et un rameau postérieur. Le rameau postérieur traverse les couches musculaires dorsales, qu'il innerve en partie, et envoie des rameaux cutanés dans le voisinage de la ligne médiane. Le rameau antérieur, se dirigeant en avant comme nerf intercostal, se divise en un rameau externe et un rameau interne. Le premier traverse les muscles intercostaux, agit sur la peau de la région dorsale d'un côté, et continue sa marche comme rameau cutané en avant jusqu'à la ligne

médiane, dans la région du thorax, formant les nerfs cutanés pectoraux, et, au niveau de l'abdomen, les nerfs cutanés abdominaux.

Le zoster pectoral se présente, dans certains cas, sous l'aspect d'une série continue de groupes vésiculeux, à partir de l'épine dorsale jusqu'à la ligne médiane antérieure du tronc, lesquels peuvent occuper deux et même trois espaces intercostaux. Ces groupes sont souvent confluents. L'éruption est fréquemment hémorrhagique, soit partiellement, soit en totalité; dans ce dernier cas, le zona est extrêmement douloureux et ne guérit alors, comme il est facile de le comprendre, qu'avec de la suppuration et une cicatrice, demandant souvent trois mois pour se terminer complètement. D'autres fois, on ne trouve qu'un nombre très restreint de groupes vésiculeux; par exemple, un dans le voisinage de la colonne vertébrale, un autre sur le côté correspondant à la sortie du rameau externe, et un à l'extrémité périphérique, sur la ligne médiane antérieure. Ou bien il n'y a qu'un seul groupe. Les groupes terminaux que l'on observe sur la région dorsale, ainsi que sur la ligne médiane antérieure, dépassent, en général, un peu la limite moyenne.

Le zoster pectoral est très souvent précédé d'une névralgie prodromique. On a cité des cas dans lesquels une névralgie intercostale a existé pendant plusieurs années avant l'apparition du zona. Le zoster pectoral est souvent compliqué d'inflammation pleurétique, ou bien occasionné par une pleurésie, ou encore par la carie ou le cancer des vertèbres; pendant sa durée, il y a ordinairement des points de côté, de l'oppression, et enfin il reste souvent à sa suite un état névralgique.

A propos du zona dorso-abdominal ou du zona lombo-inguinal, je n'ai rien de plus à dire que ce que leurs noms indiquent; je ferai seulement remarquer que les rameaux postérieurs des nerfs lombaires se ramifient dans la région fessière et sur le côté externe de la cuisse jusque vers le trochanter, et qu'il survient également des groupes vésiculeux qui, partant du sacrum, gagnent le trochanter au-dessus des muscles fessiers, le mont de Vénus, la région inguinale et le scrotum, correspondant ainsi au trajet des nerfs iléo-inguinal et scrotal.

Le zoster lombo-fémoral se relie à une affection des deuxième et quatrième nerfs lombaires, et l'éruption paraît sur les points lombaire et sacré de la colonne vertébrale, au-dessus de la région fessière, à la surface antérieure de la cuisse, sur ses faces externe et interne jusqu'au genou et le long du mollet, ainsi qu'au scrotum et à la grande lèvre, correspondant au nerf cutané antérieur externe de la cuisse, au génito-crural, au rameau sensitif du nerf obturateur, et au cutané médian et saphène du crural.

Le zoster sacro-ischiatique et sacro-génital se traduit par des éruptions dans les régions fessières, au sacrum, au périnée, à la face posté-

rieure des bourses, à l'anus, aux grandes lèvres et à l'orifice du vagin. Ces dernières localisations, ainsi que celles de la face dorsale du pénis, correspondent au nerf honteux ; celles qui ont leur siège dans la région du trochanter et des tubérosités ischiatiques, au grand nerf cutané postérieur, tandis que l'ischiatique n'envoie pas de rameaux à la cuisse, mais, en fournissant seulement à la jambe par l'intermédiaire du péronier pour la face dorsale du pied et la plante du pied, correspond à un zoster localisé en ce point.

Relativement à l'affection qui est sous la dépendance du nerf honteux, je vous signalerai, à titre de fait intéressant, que j'ai eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, un zoster du pénis et du scrotum exactement limité à la ligne médiane.

Les altérations anatomiques du zona doivent être envisagées, d'une part dans les nerfs dont il dépend, et d'autre part, dans l'éruption vésiculeuse. En ce qui concerne le premier point, j'ai déjà appelé votre attention sur la nature des lésions ganglionnaires (page 410, fig. 20 à 22), et j'ai également mentionné les modifications, indiquées par d'autres auteurs, des troncs et des rameaux terminaux des nerfs affectés. L'infiltration de cellules inflammatoires, découverte par Haight autour d'un filament nerveux des couches cutanées profondes, peut se trouver dans toutes les inflammations de la peau, et cette lésion n'est pas plus spéciale au zoster que l'absence de cylindre axe dans l'une ou dans l'autre des fibres nerveuses.

Quant aux modifications survenues dans la peau, ce sont celles que l'on observe dans la formation des vésicules inflammatoires, comme je l'ai décrit pour l'érythème vésiculeux (fig. 19). Haight les a étudiées encore plus spécialement. C'est un fait propre à toutes les formes d'herpès, par conséquent au zoster, que les vésicules naissent dans les couches profondes du réseau de Malpighi, de telle sorte que les cellules de ce dernier paraissent séparées les unes des autres comme dans un réseau à mailles; leurs intervalles étant remplis de caillots fibrineux, de sérum et de cellules d'exsudat (cellules migratices, leucocytes). Le tissu des papilles, ainsi que celui du chorion, sont également envahis par des cellules d'exsudat et par l'infiltration séreuse, les vaisseaux sont distendus, les mailles du tissu conjonctif beaucoup plus larges. Lesser pense que les processus de prolifération et de dégénérescence dans l'épiderme précèdent les modifications de nutrition dans le corps papillaire. Je crois, moi, qu'ils commencent simultanément ; et en tout cas, les processus dans la portion de peau de la couche papillaire alimentée par les vaisseaux sanguins et les nerfs précèdent, soit en tant que cause locale, soit quant au moment de leur apparition et à leur importance. L'hypothèse de Weigert et de Neisser, — d'après

laquelle la mortification de parties périphériques consécutive à l'altération de l'action nerveuse représenterait ce qui est primaire et essentiel dans l'éruption du zoster, et la suppuration ne se produirait dans les efflorescences que par la pénétration consécutive de substances infectieuses, — est contraire aux faits observés.

Plus l'inflammation locale est intense, plus marquées aussi sont l'infiltration et l'exsudation des cellules le long des vaisseaux ; plus grosses sont les vésicules, et plus développées aussi sont les mailles de leur réseau. Dans les formes hémorrhagiques, l'infiltration du sang dans les papilles et les couches supérieures du chorion détruit mécaniquement une partie du tissu conjonctif, et produit une perte de substance qui ne guérit que par suppuration et avec une cicatrice. Dans les vésicules ordinaires, il n'y a qu'une partie du réseau muqueux qui disparaisse. Sur les papilles intactes, restées pourvues de cellules saines, il se forme un épiderme normal qui remplace la masse vésiculaire desséchée, c'est-à-dire les croûtes, et la guérison se fait sans cicatrice.

Dans le zoster gangreneux et hémorrhagique, la guérison n'est possible, comme il a été déjà dit, que par suppuration, granulation et formation de cicatrice.

On peut se faire une idée assez claire du rapport intime qui lie la maladie des ganglions et des nerfs avec la maladie proprement dite de la peau, soit le zoster caractéristique. N'oublions pas que tout nerf spinal est un nerf mixte, c'est-à-dire qu'il contient des fibres sensitives, motrices, vasomotrices, sécrétoires (éventuellement trophiques). Or, si le processus décrit ci-dessus a irrité les fibres sensitives et vasomotrices, il survient ensuite dans la région périphérique de l'expansion de ces dernières une inflammation sous forme de papules et de vésicules, ou une hémorrhagie, qui prennent ultérieurement le développement et la régression propres à toutes ces formes. Les données histologiques nous révèlent un fait particulier, savoir que cette lésion du nerf (du ganglion) est une lésion brusque et transitoire, donc l'élément irritatif ne dure pas ; et, par conséquent aussi, l'inflammation périphérique de la peau ne se renouvelle pas. Même les fortes hémorrhagies des ganglions sont promptement résorbées et les cellules des ganglions et des nerfs se régénèrent certainement d'une manière rapide : et la preuve, c'est qu'il est rare de voir des troubles nerveux durables persister après le zoster.

Si quelques fibres nerveuses ont été tout à fait détruites par ces processus, l'action trophique de ces fibres nerveuses cesse entièrement, et dans la partie correspondant à leur point d'expansion, c'est-à-dire à leur région, il survient immédiatement une nécrose des tissus, une gangrène.

C'est précisément ainsi, par une persistance de cette altération nerveuse, qu'on explique les paralysies qui s'observent de temps en temps, les altérations de sécrétion, les névralgies par irritation ou destruction des fibres sensibles, motrices, sécrétoires spécifiques correspondantes et la durée de ces symptômes après le décours du zoster; les névralgies par irritation du côté des callosités périnerveuses persistantes, la paralysie par destruction durable des fibres motrices, etc.

Vous voyez donc que, en réalité, comme je l'ai indiqué en commençant, nous avons affaire dans le zoster à un des processus morbides les plus clairs, les plus faciles à interpréter au point de vue pathologique.

Pour le diagnostic, je renvoie à la symptomatologie, dont l'étude permettra de reconnaître facilement un zoster avorté ou à l'état rudimentaire (1). On trouve également dans cette étude tous les éléments du pronostic (2), qui est en général favorable.

En ce qui concerne le traitement, nous sommes bien loin de pouvoir exercer une influence modificatrice ou abréviatrice quelconque sur un processus morbide à évolution si typique, aussi l'action du médecin se borne-t-elle à combattre les symptômes pénibles qui peuvent exister.

Le mode de terminaison le plus favorable du zoster et celui qui présente le moins d'inconvénients est réalisé quand les parois des vési-

---

(1) Dans la période pré-éruptive, le diagnostic d'un zona peut être présumé, mais rarement établi; les mécomptes les plus fréquents arrivent au praticien qui veut ainsi prédire; mais l'attention étant éveillée, il pourra, par un examen attentif, et *surtout direct*, des régions hypéralgésiques, saisir les premiers linéaments de l'éruption.

Dans la période éruptive, pour le médecin instruit et attentif il n'y a vraiment pas de difficulté; et l'auteur a raison de dire qu'il suffit d'avoir présent à l'esprit le tableau clinique de la maladie, laquelle, même déformée et fruste dans ses caractères dermatologiques, se retrouve toujours dans la localisation caractéristique : quel qu'en soit le siège, toute éruption nettement latéralisée et limitée en avant et en arrière par la ligne médiane doit être examinée à ce point de vue.

Dans la période post-éruptive, les macules érythémateuses ou pigmentaires, les cicatrices systématisées à un côté du corps, à une région nerveuse nettement individualisée, suffiront à appeler l'attention et permettront de reconstituer aisément les actes pathologiques écoulés.

Mais si ce diagnostic général est aisé; il n'en est plus de même s'il s'agit de *différencier* les herpès systématisés, les éruptions nerveuses simples, zostéroïdes, du zoster vrai; ce sera alors l'analyse clinique complète, l'étude des antécédents, de la condition anatomique connue, de l'évolution et de la durée, que l'on devra surtout invoquer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Voyez la note 2, p. 443.

cules sont conservées et que les efflorescences se dessèchent. Par conséquent, il faut proscrire les applications chaudes ou froides conseillées habituellement pour combattre la sensation de brûlure, parce qu'elles ont l'inconvénient de macérer la couche épidermique. Les surfaces éruptives privées de leur épiderme sont alors le siège de très vives douleurs, le corps papillaire étant à nu ou recouvert d'une légère couche d'épithélium.

Ce qu'il y a de mieux à faire à cette période de sensation douloureuse, c'est de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon mêlée ou non avec un peu de poudre d'opium. Par ce procédé, on hâte la dessiccation et on empêche que le linge de corps, en frottant sur les vésicules, ne les déchire et n'adhère ensuite aux parties humides. Si cependant, par suite de l'intensité progressive du processus, les vésicules étant trop remplies de sérosité se rompent, et que des parties lésées d'une certaine étendue se trouvent ainsi mises à nu, ou si, comme dans le zoster hémorrhagique, on est en présence de surfaces purulentes étendues, il est essentiel de recouvrir les plaies avec des corps gras ou des pommades. Il importe toutefois de ne pas employer l'onguent diachylon, qui a une action irritante très marquée, mais l'onguent simple, le cérat, ou une pommade composée de cérat jaune et d'huile d'olive, 1 sur 3, à laquelle on ajoute une petite quantité d'extrait de belladone ou d'extrait aqueux d'opium (5 centigrammes pour 50 grammes de pommade), ou de cocaïne.

Aux douleurs névralgiques vives, à celles de la période prodromique, ainsi qu'à celles qui éclatent au cours de la maladie, de même qu'aux douleurs diffuses autour du foyer morbide, à l'insomnie qui accompagne fréquemment toute la période éruptive, on opposera des injections hypodermiques de morphine, l'administration interne de l'hydrate de chloral, les opiacés, ou l'application locale d'emplâtres calmants, par exemple de l'emplâtre de mélilot ou de ciguë (25 gr.), saupoudré de poudre d'opium (2 gr.).

Malgré ces moyens, il arrive souvent qu'on n'obtient aucun résultat; la cessation des douleurs, le sommeil réparateur ne viennent qu'au début de la période de dessiccation.

La névralgie qui persiste quelquefois après le zoster présente pour la thérapie un problème difficile à résoudre. Abstraction faite des applications calmantes habituelles sur la peau et des injections hypodermiques contre des affections de ce genre, on peut obtenir, dans la forme typique de la névralgie, un soulagement ou la guérison par la quinine, ou, comme cela m'est une fois arrivé, par l'emploi méthodique de la solution de Fowler.

On commence par six gouttes dans 25 grammes d'eau de fenouil ou

d'anis, à prendre en trois fois dans la journée, et on augmente, tous les trois jours, de deux gouttes, jusqu'à environ trente à quarante gouttes par jour. S'il se produit une amélioration marquée, ou s'il survient des crampes d'estomac, de la diarrhée, on diminue graduellement de quinze à douze gouttes (1).

---

(1) Le traitement du zoster, pour être rationnel, devrait être basé sur la notion de sa condition pathogénique, et sur la connaissance exacte de la lésion pathogène ; or, l'une et l'autre restent souvent douteuses.

Dans la théorie du zoster-pyrexie, du zona zymotique ou des zosters infectieux, il n'y aurait que l'abstention analogue à celle à laquelle on se contraint en présence d'une rougeole ou d'une scarlatine, autant par routine doctrinale que par impuissance réelle. Qui songe à arrêter dans son cours une rougeole ou un zona au début par une médication antidotique? Personne. Il faudra encore plusieurs renouvellements de générations pour soustraire les médecins au fatalisme expectant et résigné, et pour leur donner l'ardeur nécessaire pour chercher dans lès voies nouvelles, scientifiquement ou empiriquement.

Dans tous les cas, on ne saurait plus omettre, après examen médical ordinaire, de rechercher particulièrement les conditions étiologiques dans la direction que nous avons indiquée, et de faire une étude attentive sur la situation névropathologique du patient, aussi bien pour recueillir toutes les indications utiles au traitement que pour recueillir les éléments d'un pronostic motivé.

L'éruption elle-même, dans tous les cas légers et moyens qui sont les plus habituels, ne réclame que d'être protégée contre les choses du dehors, particulièrement contre le frottement des vêtements et l'adhérence aux linges de corps ou de pansement au moment de la rupture des vésicules. Une lame de coton fin, hydrophile et antiseptique, bien garnie de poudre d'amidon purifiée, maintenue exactement par un bandage approprié, constitue un pansement utile, favorable, suffisant dans la majorité des cas ; ce pansement doit être visité au moins toutes les vingt-quatre heures, renouvelé s'il a été souillé, ou plus souvent s'il y a lieu pour une raison quelconque. Quand des portions de la lame de coton ont adhéré aux vésicules rompues, on détache avec précaution le fragment de coton du pansement, et on le laisse attaché à la peau jusqu'à ce que la dessiccation soit complète.

Ce pansement convient parfaitement à tous les cas *ambulatoires*, et permet aux malades de s'exposer à l'air extérieur sans crainte de refroidissement local.

Si l'on a le désir, fort légitime, d'essayer de lutter directement contre la poussée éruptive, ce qui est, en soi, sans aucun inconvénient ni danger, on a à sa disposition plusieurs *moyens abortifs* qui, nous devons le dire, réussissent surtout dans les cas à évolution bénigne, mais ont souvent de graves inconvénients dans les cas à évolution intense ou compliquée.

A titre général, nous proscrivons l'emploi du *collodion* simple ou médicamenteux dont nous recueillons quelquefois les victimes à l'hô-

pital; chez certains sujets, le collodion, à moins d'être parfaitement élastique, détermine sur ces surfaces en état d'infirmité trophonévrotique, des lésions secondaires variées de l'ordre vésicant et ulcéreux. Nous préférons les badigeonnages astringents convenablement faits avec une solution *alcoolique* de perchlorure de fer, à la condition que l'application puisse en être opérée *à temps*, c'est-à-dire avant que la phlycténisation soit avancée, et en ayant, en outre, également recours au pansement protecteur ci-dessus indiqué. Un grand nombre d'autres solutions astringentes diverses pourraient être employées dans le même but, mais il s'agit alors de pansements *humides* dont il faut peser les avantages et les inconvénients possibles selon la condition du sujet, selon la température, la saison, etc., etc. Leloir recommande activement les applications de compresses imbibées de l'alcoolé balsamique et aromatique connu en France sous le nom « d'eau de Botot » et usité comme dentifrice. Dans cette série d'applications, il est indispensable de renouveler le pansement plusieurs fois dans la journée, de n'appliquer les compresses qu'étanchées, de les recouvrir d'une toile imperméable *fine* et *légère*, et de les maintenir soigneusement par une déligation appropriée.

Quand, par une raison quelconque, les placards zostériens sont devenus érodés, exulcérés, suintants, et à plus forte raison ulcérés, nécrosés, enflammés, ce sont alors des pansements simples qui conviennent (vaseline boriquée, liniment oléocalcaire frais, boriqué, additionné de substances analgésiantes, etc.), recouverts de mousseline, de coton et d'un bandage régulier.

La *douleur* qui torture les patients pendant la nuit surtout, et dans le décubitus, réclame des moyens de soulagement appropriés à chaque cas particulier.

Les *analgésiants* les plus en renom à l'époque actuelle : le salicylate de soude, le sulfate de quinine, l'antipyrine, etc., échouent régulièrement. De même du bromure de potassium, du chloral, de l'opium à l'intérieur, à moins d'élever les doses au point de troubler rapidement l'état général, ou de n'avoir affaire qu'à des cas légers dans lesquels ces moyens peuvent toujours suffire.

On a recours, alors, aux badigeonnages avec les *solutions de cocaïne*, aux compresses imprégnées de décoction de feuilles de coca — 4 grammes par litre d'eau — additionnées de cocaïne. Si l'on se décidait à tenter les applications réfrigérantes de *chlorure de méthyle*, cela ne devrait être fait qu'avec les plus grandes précautions, par le simple badigeonnage au pinceau — Bailly (de Chambly), — jamais par projection directe, sous peine de produire sûrement une dermite vésicante souvent fort pénible et incapable de supprimer les véritables douleurs zostériennes qui sont des plus rebelles que l'on puisse avoir à combattre.

Mais on obtiendra, presque toujours, un soulagement très précieux à l'aide des *injections hypodermiques* de morphine, de cocaïne, de chloroforme, etc., selon les cas; nous rejetons les injections d'antipyrine dans ces cas, comme dans toutes les conditions où les tissus qui doivent recevoir l'injection sont dans un état paratrophique qui

les prédispose directement au phlegmon, à la nécrose, à l'ulcération.

Le zona terminé, si les douleurs persistent intenses, les mêmes moyens, aidés des autres agents de la médication antispasmodique ou analgésiante, mais surtout alors, très largement et très énergiquement, les *applications ignées* à la racine du zona et aux points d'émergence des branches perforantes. Plusieurs médecins, de divers côtés, sont arrivés à cette pratique généralement, mais non constamment, cela va de soi, avec succès.

Enfin, non seulement les manifestations parésiques ou paralytiques secondaires au zona peuvent trouver dans ces *applications électriques* faites avec compétence un traitement efficace, mais encore les douleurs elles-mêmes.

Le traitement du *zona ophthalmique* exige toute la surveillance la plus étroite du médecin, non seulement en prévision de la gravité des accidents généraux éventuels, mais encore en raison des lésions cornéennes, iriennes, panophthalmiques, etc., qui peuvent survenir, et dont la direction réclame une instruction suffisante dans l'oculistique.

Les pansements locaux doivent être exécutés avec la plus grande attention, et l'emploi des abortifs est ici hautement justifié; c'est dans cette forme, en effet, que les cicatrices consécutives sont le plus inévitables, véritablement défigurantes dans les cas sévères ; le médecin, soucieux de sa responsabilité et de sa réputation, aura soin d'informer les intéressés de cette terminaison de la maladie, et d'établir authentiquement par le concours d'un confrère qu'il n'a négligé aucun des secours de la thérapeutique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Herpès labial, herpès progénital, Herpès iris et circiné. — Miliaire rouge, blanche et cristalline. — Pemphigus aigu.

Après la description de l'herpès zoster que l'on peut considérer comme servant d'introduction, il m'est permis d'être un peu plus concis relativement aux autres formes d'herpès et de phlycténoses aiguës.

HERPÈS LABIAL

Sous le nom d'herpès labial, ou, ce qui est préférable pour Hebra, d'herpès facial, on désigne une affection de la peau, caractérisée par l'éruption aiguë d'un ou plusieurs groupes de vésicules dans la région des lèvres, des ailes du nez et autour de la bouche (1).

(1) Sous le rapport *anatomotopographique,* on ne saurait distinguer,

Leur développement et la première période de leur existence s'accompagnent de sensations de cuisson (1). Les vésicules persistent de

---

et nous ne distinguons que trois groupes : *a*) l'*herpès des muqueuses; b*) l'*herpès de la peau; c*) l'*herpès des régions mixtes ou péri-orbiculaires.*

a) *Herpès des muqueuses.* — Cette localisation, très importante à tous égards, appartient à la pathologie commune; plusieurs de ses variétés sont particulièrement du ressort de la gynécologie, de la laryngologie et de l'ophthalmiatrie.

b) *Herpès de la peau.* — Il peut avoir son siège sur tous les points du tégument. Ses lieux d'élection ordinaires sont les joues, le menton, les ailes du nez, les oreilles, la région fessière, la face interne de la cuisse, la paume de la main. Presque toujours solitaire, quelquefois abortif, il est très souvent névralgique, irritatif, avec adénopathie douloureuse, récidivant sous l'action de toutes les causes de l'herpès, y compris la menstruation, reparaissant sur les mêmes points, et survenant surtout chez des sujets névropathiques, diathésiques, ou diacritiques dans la série goutteuse ou dans des séries à déterminer, et dans lesquelles sont comprises quelques variétés de l'herpès successif et chronique de Bazin. — Voy. l'excellente monographie de Bertholle, De l'herpès récidivant de la peau, *in Gazette des Hôpitaux,* 1876, et les travaux de Mauriac, *Gazette des Hôpitaux,* 1876, et œuvres ultérieures. — L'herpès génital *névralgique* de cet éminent syphiligraphe, que quelques auteurs rapportent au zoster, appartient directement à l'*herpès récidivant de la peau de* Bertholle, et il n'a de particulier que sa localisation génitale ; il reste distinct de l'herpès génital proprement dit. Voy. plus loin.

c) *Herpès des régions mixtes, ou herpès orbiculaire.* — Cet herpès a des territoires déterminés entourant les orifices naturels, territoires qui, dans un rayon assez étendu, présentent une innervation particulièrement aiguë à l'état physiologique comme à l'état pathologique, et des connexions anastomatiques ou sympatiques avec le système nerveux des cavités.

Herpès du conduit auditif externe, de la conque et du pavillon. — H. péri-orbitaires, sourcilier, palpébral (l'herpès conjonctival et l'herpès cornéen méritent d'être classés et étudiés à part). — H. narinaires. — H. péribuccal, H. labial. — H. du pénis, du pénil et du pli génito-crural de la vulve, de l'anus et du périnée (non confondus avec les *herpès génitaux* proprement dits ou H. vénériens, ni avec l'herpès névralgique de la peau, lequel peut également avoir son siège aux organes génitaux).

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Trois stades à distinguer : *a*) pré-éruptif; *b*) stade d'éruption ; *c*) stade post-éruptif.

a) *Stade pré-éruptif.* — Il ne débute pas, comme on l'a dit, par l'hyperhémie ; ce sont d'abord des sensations diverses que *les sujets à herpès* connaissent et auxquelles ils ne se trompent pas ; quelques élancements,

un à trois jours, se dessèchent ensuite et les croûtes tombent. Parfois une scène morbide analogue se déroule sur la muqueuse buccale, sur celle du voile du palais, de la voûte palatine et de la langue et sur la face interne des ailes du nez. L'épithélium prend alors une teinte gris foncé sur des points isolés ou réunis par groupes, puis se détache; aussi les parties malades restent-elles pendant quelques jours rouges et sensibles. En même temps, il y a de la gène de la déglutition, de la parole et de la mastication. On sait que cet herpès survient habituellement dans le cours d'affections éphémères et, en général, fébriles aiguës, telles que

---

un peu de tension, de formication, de prurit, de brûlure, etc. A ce moment, il n'y a encore qu'un léger soulèvement que le doigt perçoit en même temps qu'il constate un peu d'hyperesthésie localisée; peu après, quelques très légères maculatures ou de très petites saillies papuleuses sont constatées, et annoncent que l'on arrive au deuxième stade.

b) *Stade d'éruption.* — Les maculatures douteuses sont devenues évidentes, souvent de forme diffuse; sur la peau, nous les avons rarement vues de contour net ou de dessin régulier; elles évoluent plus ou moins, et les saillies papuliformes qui se sont accentuées se chagrinent à la surface. Encore quelques heures, surtout si la nuit survient, et les vésicules seront constituées, non pas encore avec leur volume définitif, lequel ne s'établit que progressivement, et dans une proportion très variable. Quelquefois, une seule plaque apparaît, et en reste au début du deuxième stade; d'autres fois, elle poursuit son développement, l'irritation de la base continuant à augmenter en même temps que les vésicules s'accroissent et prennent quelquefois un aspect phlycténoïde — Herpès phlycténoïde. — Fréquemment aussi les plaques sont multiples, coalescent, et quelquefois revêtent un caractère irritatif manifeste, mais toujours éphémère et superficiel. De même des adénopathies de voisinage qui s'établissent rapides, sont douloureuses, et s'affaissent promptement. Le liquide des vésicules s'écoule ou est résorbé; et il se forme des croûtes fines, superficielles, noires (sanguines), ou d'autres fois eczématiques et même impétiginiformes, montrant, sans qu'il y ait besoin de l'établir par l'histologie, combien le processus irritatif est épidermique, et voisin de celui de l'eczéma ou de l'impétigo.

c) *Stade post-éruptif.* — Le molimen éruptif est terminé; les débris des vésicules, ou des exsudations venues du réseau, ont cessé d'être adhérents; il ne reste plus qu'une desquamativité légère, des macules représentant la coloration érythémateuse du début; puis la région reprend son aspect normal. Examinez les surfaces sur lesquelles, au même point, il s'est développé vingt fois, trente fois et plus de l'herpès vrai; jamais vous ne trouverez de cicatrices, caractère essentiel, et qui différencie nettement le processus de l'herpès de celui du zona et d'un grand nombre d'autres éruptions similaires, non semblables. Tout cela, dans les cas moyens, demande environ un septenaire pour évoluer.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

bronchite, pneumonie, typhus; par conséquent, on l'observe dans des maladies tout à fait insignifiantes et dans des affections graves (*hydroa febrilis*). On ne saurait donc admettre que l'apparition d'un herpès labial ou facial puisse avoir une signification favorable pour la marche du processus qu'il accompagne, puisqu'il peut également survenir dans le cours d'un typhus mortel (1).

Nous ne sommes généralement pas à même de nous prononcer d'une manière quelconque sur la cause de ce remarquable processus. Bärensprung a, il est vrai, émis l'opinion que l'herpès facial représente en quelque sorte un zoster limité aux rameaux nerveux les plus périphériques du trijumeau, dont la cause serait peut-être dans l'irritation d'un ganglion infiltré à sa périphérie, par exemple du ganglion incisif. Mais Bärensprung lui-même ne maintient pas cette opinion pour toutes les éruptions qui se manifestent sous forme d'herpès labial. Ainsi, l'herpès labial se distingue encore du zoster en ce que ses groupes sont le plus souvent situés irrégulièrement des deux côtés de la ligne médiane, ne correspondant pas à un rameau nerveux déterminé, et en ce qu'il peut survenir à plusieurs reprises chez le même individu, toutes les fois qu'une affection fébrile lui donne naissance. Gerhardt pense,

---

(1) La question de l'herpès proprement dit, herpès commun ou vulgaire, vulgairement « bouton de fièvre », est plutôt du ressort de la pathologie générale que de la dermatologie proprement dite. Il s'agit, en effet, d'une éruption localisée, de très peu d'importance comme lésion cutanée, éphémère, ne laissant aucune trace de son passage, pouvant naître sous des conditions si variées qu'elle défie toute catégorisation, au moins dans l'état actuel de la science. Dans l'article *Herpès* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, H. Feulard, après avoir bien montré l'imperfection des diverses divisions proposées, arrive à les éliminer toutes et à ne reconnaître que deux groupes, les *herpès de cause générale* et les *herpès de cause locale;* mais cette division elle-même est fictive, car la même lésion peut reconnaître les deux ordres de causes, et il y a bien peu d'herpès, s'il y en a — ce que nous ne croyons pas — qui soient véritablement et exclusivement de cause locale. Prenez *un sujet à herpès* — car quoique tout le monde ait eu, ou puisse avoir de l'herpès, certains sujets y sont particulièrement exposés — un refroidissement, un surmenage de travail, de marche, de table, de plaisir, etc., des irritations locales de toute espèce, un traumatisme — Voy. Verneuil. De l'herpès traumatique, *Mémoires de la Société de Biologie*, 5e Série, t. V, p. 15, 1873 — peuvent au même titre le provoquer, sinon le produire.

Chacun peut *diviser* les herpès en autant de groupes qu'il en trouve de similaires; mais, dans l'état encore rudimentaire de la question, personne ne peut songer à les *classer*.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

au contraire, qu'il est peut-être occasionné par l'irritation des rameaux du trijumeau traversant les canaux osseux, lesquels peuvent être comprimés par les capillaires sanguins qui les accompagnent et qui, dans l'état fébrile, sont gorgés de sang (1).

HERPÈS PRÉPUTIAL OU PROGÉNITAL (2)

On désigne sous ce nom une éruption aiguë de groupes de vésicules sur les parties génitales de l'homme ou de la femme. Chez l'homme, on l'observe sur le prépuce, dans le sillon balanopréputial et sur le tégument péri-pénien; chez la femme, sur le prépuce du clitoris, sur les petites lèvres et quelquefois aussi sur les parties contiguës, à la face interne des grandes lèvres.

On voit apparaître dans les régions que je viens d'indiquer, et avec une sensation de brûlure et de prurit, un ou plusieurs groupes de vésicules miliaires, de la grosseur d'une tête d'épingle, ou même un peu plus volumineuses, reposant sur une base rouge ou tuméfiée. L'œdème, dans cette affection, est assez considérable et s'étend très loin dans le voisinage; ainsi, par exemple, le prépuce forme un bourrelet épais, infiltré de sérosité, et les petites lèvres sont le siège d'une tuméfaction considérable. En même temps, il se produit souvent, après la déchirure de l'épithélium, une sécrétion sérocatarrhale provenant soit de la muqueuse uréthrale, soit du vagin. Un foyer inflammatoire analogue peut aussi se former chez l'homme à la partie la plus antérieure de l'urèthre, avec écoulement séropurulent et sensation de brûlure en urinant.

Au bout de deux à trois jours, les vésicules se transforment en croûtes, et, après un même laps de temps, ces croûtes tombent et l'éruption guérit. De même que dans le zoster, on peut, dans l'herpès progénital, voir survenir une hémorrhagie dans quelques vésicules ou dans toutes les vésicules. Une fois ces dernières rompues, il se produira de la suppuration par suite de la désagrégation hémorrhagique des couches

---

(1) Les réserves de l'auteur sont parfaitement justifiées; il n'y a pas lieu, ajouterons-nous, de discuter les théories de l'herpès microbien avant que la question des micro-organismes soit plus avancée, et, quant à la théorie de l'auto-intoxication, forme actuelle de l'humorisme, elle s'applique parfaitement à un grand nombre de cas d'herpès, sans que la pathogénie vraie en soit véritablement éclairée.

E. B. — A. D.

(2) Le titre d'*Herpès génital*, ou mieux: « *Les Herpès génitaux* », serait mieux approprié. E. B. — A. D.

papillaires les plus superficielles, suppuration qui dure de dix à quinze jours et se termine par cicatrisation après la chute du tissu désagrégé (1).

Le diagnostic de cette affection est en général très facile, puisque, même quand les efflorescences isolées forment une plaque de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, il est facile de reconnaître à l'aspect polycyclique de leur bord que les groupes vésiculeux sont composés de vésicules isolées et, par suite, de constater leurs caractères d'herpès. Seulement, si l'enveloppe des vésicules a été détruite mécaniquement par le grattage, le frottement des vêtements, ou par une quantité considérable d'exsudat et d'hémorrhagie, et s'il ne reste qu'une surface recouverte de matière jaunâtre ou colorée par l'hématine, si même, à la période de dessiccation, il y a, sous la croûte, une sécrétion légèrement purulente, il ne sera pas toujours facile de distinguer à première vue cette lésion d'un chancre au début ou, en terme plus généraux, d'une affection spécifique primaire.

Si notamment l'on a constaté que le sujet s'est exposé en temps normal, c'est-à-dire, au maximum, une semaine auparavant, à une contagion, il faut réserver son jugement. Car, même dans le cas incontestable d'un herpès, il pourrait y avoir eu en même temps une contagion dont l'effet ne se produirait qu'ultérieurement sous forme d'un

---

(1) Le lecteur qui voudra prendre le tableau des herpès génitaux aux meilleures sources devra lire les inimitables descriptions de FOURNIER, et les contrôler par l'examen des nombreuses pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis. L'excellent article de FEULARD donne un exposé très lucide de l'état actuel de la question. — Voyez, *Dictionnaire cité*, l'exposé fidèle des herpès génitaux dans leur ensemble, pages 13 et suiv., et leur diagnostic avec les chancres vénérien et syphilitique, pages 31 et suiv., — dernier point qui sera d'ailleurs repris plus loin à l'occasion de ces affections. Ainsi que nous l'avons dit plus haut (v. note 2, p. 466), l'herpès génital, que l'on pourrait peut-être appeler plus exactement *herpès vénérien*, ne se confond pas avec l'herpès commun, localisé aux organes génitaux comme dans les autres régions voisines des cavités naturelles. Son siège est plutôt glandaire ou préputial que pénien proprement dit, et, chez la femme, il occupe surtout la portion vaginale de la vulve ; il est plus ordinairement solitaire ou discret, moins vésiculeux et plus eczématique, au point d'être quelquefois très difficile à catégoriser exactement. Quand il y a une réaction générale (qui manque communément), elle est contemporaine ou consécutive, et non préérruptive comme dans l'herpès vulgaire.

Il ne se confond pas non plus avec l'herpès récidivant de la peau, localisé aux organes génitaux, Herpès névralgique, zostéroïde, H. de MAURIAC.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ulcère chancreux ou d'une induration. Abstraction faite de cette possibilité, l'herpès progénital affecte constamment la marche d'une affection aiguë et permet toujours de porter un pronostic favorable.

Le signe caractéristique est la récidive fréquente de l'herpès progénital. Il y a des individus, notamment des hommes, qui, dans la même année, sont atteints plusieurs fois de cette affection. Beaucoup de malades affirment qu'à la suite de chaque coït ils sont sûrs de voir survenir cette éruption. Il est difficile de dire jusqu'à quel point cette assertion est fondée. On pourrait alors admettre que l'origine de l'herpès est due à une cause mécanique. J'ai trouvé quelques sujets atteints d'herpès progénital récidivant affectés de troubles des voies digestives (Plumbe avait fait aussi la même observation), anémiques, avec les mains et les pieds froids, avec de l'hyperidrose, par conséquent d'habitus nerveux. D'autres auteurs croient pouvoir rattacher l'herpès progénital à des affections spécifiques des organes génitaux (Diday et Doyon) (1). D'ailleurs, je ne suis pas en mesure de

---

(1) Suivant Diday et l'un de nous (Doyon), l'herpès génital récidivant ne s'observe que chez des sujets qui, antérieurement, ont eu une lésion vénérienne (chancrelle, chancre, blennorrhagie, etc.) sur le tégument des organes génitaux. Ils ne visent ici que des accidents vénériens, car jamais on ne voit les poussées d'herpès survenir à la suite des autres maladies locales de la région génitale. Mais, d'autre part, tous les vénériens n'en étant pas frappés, il en résulte que, outre cet élément déterminant, il doit y avoir un élément prédispositionnel. Il y en a certainement un. Mais n'y en a-t-il qu'un?... L'étude pathogénique complète de Diday et Doyon invoque, en effet, plusieurs éléments et n'en rejette aucun. Dans leur pensée, l'herpès naît à la suite de la chancrelle (chancre simple, chancre mou). Et l'on voit, en effet, que, comme l'herpès récidivant, la chancrelle (en tant que lésion d'origine clinique et non expérimentale) ne s'observe guère que dans la région génitale et est un produit pathologique spécial à la région génitale. Ils font, en outre, remarquer que les chancrelles le plus souvent accompagnées d'herpès récidivant sont celles que l'on a fait avorter, dont on a entravé la libre évolution. D'où cette formule que nous reproduisons :

« Si on laisse une graine germer librement, son développement épuise la propriété nutritive du terrain. L'arrête-t-on ? En périssant, elle permet un *certain* développement aux autres graines semées en même temps qu'elles. — Eh bien ! il en est de même à l'égard des *graines de chancrelles*, lesquelles, dans des circonstances analogues, peuvent être appelées à une existence rudimentaire sous une forme ébauchée, soit d'herpès. »

Mais ainsi engendrée, cette dermatose singulière a besoin pour s'établir de plusieurs autres causes. L'arthritisme d'abord. Ces *herpétiques*-là sont tous des arthritiques, descendants de goutteux ou de

vous indiquer à quelle cause on doit attribuer cette affection. Bärensprung a considéré cet herpès comme une espèce de zoster génital périphérique.

Il faut remarquer toutefois que, contrairement à ce qui se passe dans le zoster, les groupes de vésicules dans l'herpès progénital ne sont pas limités à une moitié du membre, mais disposés d'une façon tout à fait irrégulière; d'autre part, que la récidive fréquente de l'herpès génital est tout à fait en opposition avec l'unicité typique de l'apparition du zoster.

Relativement au traitement, il est facile de comprendre que, dans la marche typique aiguë, il est inutile d'avoir recours à une médication active. On se borne à saupoudrer les parties malades de poudre d'amidon, et notamment à interposer, entre le gland et le prépuce, de la charpie ou du coton recouvert d'amidon pour atténuer la sensation de brûlure, prévenir la macération des vésicules et favoriser leur dessiccation. Dans les cas où les parties atteintes d'herpès sont mises à nu et suppurent, on emploiera des moyens de protection anodins destinés à empêcher la production des croûtes, tels que le cérat simple, etc. (1).

---

rhumatisants ; aussi Diday et Doyon considèrent-ils l'arthritisme comme l'une des conditions, la plus essentielle, de l'herpès progénital. Sur ce point, leur expérience est univoque et leur opinion formelle.

Quant à l'origine nerveuse de l'herpès progénital, admise par quelques auteurs (Mauriac, Unna, Verneuil, etc.), rien n'y contredit; et quand cette influence prédomine, elle imprime à la poussée herpétique des caractères particuliers, des modifications locales de sensibilité, de calorification, des irradiations au voisinage, même des perturbations du moral, que Mauriac considère comme caractérisant une variété à laquelle il a donné le nom d'*herpès névralgique,* mais que Diday et Doyon rapprochent plutôt du zona, herpès génital récidivant zostéroïde, et que nous rattachons à ce que nous avons appelé l'*herpès de la peau.*

L'herpès progénital type Diday et Doyon peut bien être aidé dans sa formation par l'action nerveuse. Cette influence, de même que l'influence du *génitalisme* invoquée et étudiée par les auteurs, mérite de figurer au nombre des causes rarement uniques, le plus souvent concomitantes à l'ensemble desquelles un nosologiste judicieux doit impartialement faire appel. A ce prix seulement, il peut espérer de posséder une notion étiologique satisfaisante de cette singulière affection.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il ne faut pas prendre à la lettre ce qui vient d'être dit sur « l'inutilité d'avoir recours à une médication active » dans l'herpès génital.

Il y a d'abord une *prophylaxie générale* basée sur la connaissance des

HERPÈS IRIS ET CIRCINÉ (1)

Au nombre des éruptions vésiculeuses aiguës, l'herpès iris et l'herpès circiné comptent et sont ordinairement désignés comme une espèce particulière. On comprend sous cette dénomination une éruption aiguë de vésicules, qui présentent la forme bien connue de l'iris ; ce sont des cercles concentriques, ou seulement un seul cercle, c'est-à-dire l'herpès circiné.

---

conditions causales propres au sujet et au cas particulier, et une *prophylaxie locale.* C'est d'abord l'emploi de soins de toilette habituels, de poudres isolantes, de lotions et d'injections appropriées. Tous les irritants locaux doivent être soigneusement écartés, et les surfaces à herpès attentivement et minutieusement protégées contre le contact inévitable de l'urine; chez les femmes, lotions suffisamment réitérées, usage des pommades et des poudres isolantes ; chez l'homme, surveiller la souillure du prépuce et du gland, etc. Enfin, on l'a dit avec raison, la modération dans le coït, sa suppression au besoin, la « fidélité conjugale », prennent place au premier rang des mesures prophylactiques.

L'herpès établi, les mêmes soins deviennent encore plus nécessaires, et c'est pour ne pas les prescrire avec la compétence et l'autorité nécessaires que beaucoup de médecins laissent se former des irritations secondaires que l'on peut presque constamment éviter. Quelques patients avisés savent, aux sensations du premier stade de l'herpès, recourir immédiatement à quelques applications astringentes, ou au simple isolement avec une poudre inerte impalpable, à l'aide d'un léger duvet de coton hydrophile, etc. Quelques sujets font avec avantage usage de pommades isolantes, comme la pâte de zinc ou la vaseline boriquée faible; mais, chez quelques autres, aucun corps gras n'est toléré. LELOIR affirme que les applications de compresses imprégnées « d'eau de Botot » (voyez plus haut, note 1, p. 461) constituent un des meilleurs moyens abortifs.

Dans les cas où les sujets à herpès génital toujours renouvelé présentent quelque état constitutionnel, quelque diathèse ou quelque état organique particulier auquel la disposition à l'herpès puisse être rattachée, un traitement approprié, une hygiène motivée, doivent être institués; la condition générale nécessite même quelquefois une médication hydrominérale; les eaux alcalines, arsenicales, sulfureuses, sulfosalines, etc., peuvent trouver des indications précises. On sait que les eaux d'Uriage (Isère), où l'un de nous a pu étudier les herpès génitaux sur une large échelle, comptent à leur actif de très nombreux succès dans le traitement de ces affections.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) 1° *Herpès iris.* — Il n'y a pas d'herpès iris. L'affection que Bateman a décrite sous ce nom est une variété d'érythème multiforme vésiculeux, à éruption concentrique et successive, et à anneaux alternative-

La forme iris se produit de la manière suivante : il survient une vésicule et, tandis que, au bout d'un à trois jours, elle commence à se déprimer, on voit surgir tout autour, sur la rougeur cutanée périphérique, une nouvelle couronne de vésicules, et plus tard une deuxième. Si la vésicule centrale a complètement disparu, il ne reste que la couronne extérieure de vésicules, qui circonscrit une zone cutanée rouge ou déjà pigmentée : on a alors un herpès circiné.

Les vésicules de l'herpès iris et circiné varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois ; quelquefois, les vésicules centrales se réunissent aux périphériques pour former un disque de vésicules confluentes.

Quand on examine un groupe parvenu à son développement complet,

---

ment vésiculeux et congestifs, ou en cocarde ; c'est la variété la plus élégante et la plus rare de l'érythème multiforme appelée par Bazin hydroa aigu vésiculeux, affection dont le caractère morphologique essentiel est de débuter par une petite tache érythémato-papuleuse, laquelle devient vésiculeuse, se dessèche rapidement par son centre qui s'abaisse et s'accuse par une croûtelle souvent ponctuée, pendant que la portion périphérique s'affaisse simplement par résorption du liquide, ou reste plus ou moins soulevée et entourée par la peau saine ou légèrement érythémateuse ; c'est là le type simple, l'hydroa aigu vulgaire. Mais autour de ce premier élément, de cette lésion primaire et en quelque sorte typique, on peut voir le cercle périphérique de premier ordre prendre une teinte rouge pourpre plus ou moins marquée, et même s'entourer d'une seconde zone vésiculeuse. Les choses ne vont pas au delà. Tout cela, par les caractères de la lésion, par le siège, la généralisation, etc., est de l'érythème multiforme, et non de l'herpès. La forme en cocarde, à *anneaux bien distincts et à coloration intense,* est au nombre des variétés rares ; c'est la seule qui mérite la qualification d'*iris*, cette dénomination s'appliquant *non* à la disposition *concentrique* d'anneaux, mais à la disposition successive en *anneaux* COLORÉS, comme dans l'arc-en-ciel *Érythème iris*, ou en *cocarde.*

2° *Herpès circiné.* — C'est tout à fait abusivement que cette dénomination est donnée aux lésions diverses que détermine le trichophyton à la surface des parties velues, ou non, du tégument ; ces lésions, très variées selon le siège, le degré, l'état du sujet, etc., n'ont, dans leurs caractères les plus habituels, rien qui les rapproche, même de loin, de l'herpès de Willan. Ce que l'on désigne sous ce nom, ce sont surtout des lésions érythémateuses à évolution excentrique, constituant des anneaux ou des disques, lesquels, dans certains cas ou dans certaines régions (les avant-bras et le dos des mains en particulier), prennent le caractère vésiculeux, et forment alors ce que l'on appelle, à tort, l'*herpès* circiné. Ce sont des dermites parasitaires, circinées, à forme vésiculeuse ; ce ne sont en aucune façon des herpès. (Note de la première édition de cette traduction.)

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

c'est seulement son aspect polycyclique qui permet de reconnaître qu'il a été formé de vésicules isolées. Les vésicules sont en général dures au toucher, parce qu'elles sont formées par une exsudation séreuse dans la couche papillaire et par l'infiltration des couches profondes du réseau muqueux. Aussi se rompent-elles très rarement, et par conséquent n'observe-t-on presque jamais, dans ces cas, du suintement ni des croûtes. Elles se terminent, au contraire, en général, au bout de huit ou dix jours, par la résorption de leur contenu, et laissent après elles une pigmentation légère, très rarement de la desquamation.

Si j'avais à vous dire quelque chose de précis sur la nature de l'herpès iris et circiné, je me trouverais dans un grand embarras. Vous vous rappellerez que nous en avons déjà parlé à l'occasion de l'érythème iris et circiné.

En effet, nous avons toutes raisons d'identifier ces deux processus (Hebra, Köbner). D'abord, l'herpès iris et circiné coexiste, comme je l'ai déjà indiqué ci-dessus (p. 371), avec l'érythème iris et circiné ; on l'observe aussi dans sa forme pure d'herpès, dans sa même localisation typique sur la face dorsale des mains et des pieds, avec sa même marche caractéristique de deux à trois semaines, avec sa forme annulaire, en un mot avec le caractère de l'érythème multiforme.

Il fut un temps où l'on considérait l'herpès circiné comme le résultat d'une maladie parasitaire, de notre herpès tonsurant actuel. C'était l'opinion de Bateman, qui l'a décrit et dessiné sous le nom de porrigo scutulata, et, plus tard encore, cette théorie était acceptée en France, surtout par Cazenave. J'ai vu souvent des cas analogues aux suivants : chez un apprenti tailleur de seize ans et chez une fille de douze ans, sur la face dorsale de la main gauche, ou dans un autre cas encore, sur l'avant-bras d'un enfant, un cercle double de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, composé de vésicules très dures, de 2 millimètres de hauteur, se réunissant pour former un anneau à bord polycyclique, tandis qu'on pouvait encore observer, disséminées sur la face dorsale de la main, plusieurs vésicules miliaires isolées. A l'examen microscopique, on trouvait un riche réseau de filaments, de champignons dans l'intérieur des cellules du corps muqueux, de sorte que, dans ce cas, il était impossible de révoquer en doute la nature parasitaire de l'affection qui se présentait sous la forme d'un herpès circiné.

Vous voyez donc, Messieurs, combien la solution de cette question est difficile, puisque, pour se former une opinion, il est nécessaire d'avoir recours à des recherches microscopiques exactes. Je vous conseillerai de procéder toujours de la même manière. Quand, dans l'herpès iris et circiné, on voit se manifester de l'érythème exsudatif

type, c'est-à-dire lorsque la face dorsale des mains et des pieds est le point de départ, ou la première et principale localisation de l'herpès, il faut l'identifier avec l'érythème. Lorsque, au contraire, l'herpès iris et circiné survient sur une partie quelconque du corps, par exemple à la face, aux joues, ou d'une manière asymétrique sur une seule main, on doit plutôt penser qu'on a affaire à un herpès tonsurant, c'est-à-dire à une affection contagieuse et occasionnée par un champignon. Le fait, en ce cas, est d'ailleurs susceptible d'être démontré par l'examen microscopique (1).

A propos du diagnostic différentiel, je dois encore appeler votre

---

(1) A lire le texte courant, il semblerait qu'il subsiste véritablement quelque confusion, et qu'il y a quelque difficulté à distinguer nosologiquement ou nosographiquement, les érythèmes phlycténoïdes qui correspondent à l' « *herpès iris* » de Bateman et à l' « *herpès circiné* » du même auteur. Ces difficultés et cette confusion ne sont pas de la faute de Bateman, qui a été parfaitement clair ; elles viennent exclusivement des auteurs ultérieurs, des obscurités qu'ils ont apportées dans la question et dont le reflet persiste encore, on vient de le voir. La lumière a cependant été faite de la manière la plus entière par Bazin, dont il est inacceptable que le nom soit omis ici. Que le lecteur impartial prenne la peine de lire les pages 108 à 114 des *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, rédigées et publiées par E. Baudot, Paris, 1862, et il verra que la distinction entre les deux affections est des plus claires et des mieux établies.

On ne comprend pas davantage que l'auteur, déclarant que l'« *herpès iris* » est une espèce de l'érythème polymorphe, décrive cette affection parmi les « *herpès* », et continue à mettre en tête du chapitre « *herpès iris et circiné* ».

Il y a ici trois choses à distinguer :

1° L'*herpès iris* de Bateman, qui correspond à la variété d'érythème phlycténoïde que Bazin a si admirablement décrite sous le nom d'*hydroa vésiculeux*, et que nous avons retracée plus haut sous le nom d'*érythème hydroa*.

2° L'*herpès circiné* de Bateman, que Bazin, et d'autres après lui, ont montré être la lésion propre des trichophyties épidermiques. Ce n'est pas un « *herpès* », c'est un dermite ou plutôt une épidermite vésiculeuse ou bulleuse, discoïde d'abord, annulaire, et à cercles ultérieurement concentriques; Bazin a montré combien il était aisé de ne pas confondre cette lésion avec l'iris. Nous reprendrons la question *à sa place*, c'est-à-dire en traitant de la trichophytie cutanée, à laquelle elle appartient.

3° L'*herpès véritable*, solitaire, discoïde, annulaire, et même disposé en cocarde, affection véritablement rare, et pour laquelle *seule* il puisse y avoir quelque ambiguïté dans un cas particulier à l'égard de la trichophytie discoïde, annulaire ou circinée.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

attention sur une maladie chronique de la peau, très grave, caractérisée par des bulles, le pemphigus, et en particulier sous la forme la plus dangereuse de cette affection, le pemphigus foliacé, qui débute ordinairement par des bulles de forme circinée et iris. Dans ce cas, le diagnostic est impossible au premier moment. Ce n'est qu'au bout de six à huit semaines que le caractère de la maladie se révèle clairement, puisque, en général, l'herpès iris et circiné, après une période d'éruption de deux semaines, se termine complètement, en un même laps de temps, et ne persiste que rarement quelques semaines, tandis que, dans le pemphigus après plusieurs semaines, il survient encore de nouvelles bulles et le processus devient chronique.

A ce propos, qu'on me permette un mot de critique envers un collègue éminent, Duhring, qui, dans ces derniers temps, a proposé dans série de publications la création d'une forme morbide, la dermatite herpétiforme. Il est pour moi certain que cet auteur est, sous ce rapport, dans une erreur complète, et que, avec ce schème, on créerait une confusion fâcheuse dans la conception des processus morbides qui s'y rapportent. Car il est forcé de ranger dans cette catégorie non seulement les processus dont il vient d'être question, l'herpès iris et le pemphigus circiné, mais encore l'érythème bulleux, le pemphigus gestationis, le pemphigus aigu et même une maladie pyémique, à évolution fatale, caractérisée non par des vésicules, mais par des pustules, maladie que nous étudierons sous le nom d'impétigo herpétiforme. Cette conception de Duhring est absolument erronée (1).

Il est facile de comprendre que, pour l'herpès iris et circiné, il faut se borner à une médication expectante, en raison de sa marche aiguë

---

(1) Cette critique de l'œuvre très importante de Duhring est trop sommaire, et elle n'est justifiée que pour la plus petite part.

L'éminent dermatologiste de Philadelphie a rendu un service considérable en séparant des érythèmes bulleux et du pemphigus une affection bien individualisée, mise par lui en pleine lumière, et soumise à l'observation de tous; nous nous faisons un devoir de le proclamer. Que cette œuvre ne soit pas d'emblée parfaite, qu'elle réclame contrôle, revision, son auteur lui-même n'y contredit pas; mais le service rendu à la science dermatologique n'en est pas moins très grand. Les *Annales de dermatologie* ont publié cette année même — 1889 — les belles études de notre savant collègue et ami, L. Brocq, sur cette question. — Voy. 2e série, t. IX. — *De la dermatite herpétiforme de Duhring.* — Tout esprit équitable et indépendant rendra justice à ce travail, qui fait époque en dermatologie; nous n'aurons nous-mêmes que fort peu d'objections à poser, et nous ferons bénéficier nos lecteurs de toutes les clartés qui ressortent des publications de Duhring et de Brocq, etc. Ernest Besnier. — A. Doyon.

et typique, et ce n'est que lorsqu'il y a des phénomènes intenses et inflammatoires, par suite de bulles plus volumineuses, ou lorsque, comme dans l'érythème, il s'accompagne d'affections articulaires, qu'on aura recours aux applications froides, etc.

MILIAIRE, SUETTE

Au nombre des éruptions vésiculeuses aiguës, il faut encore comprendre la miliaire désignée sous le nom de suette, qui autrefois a joué son rôle en pathologie, puisque, à plusieurs reprises, il a même été question d'épidémies de miliaire (ital. *migliaria*).

Les auteurs signalent trois espèces de miliaires : 1° la miliaire rouge; 2° la miliaire blanche; 3° la miliaire cristalline.

Sous le nom de miliaire rouge, on désigne une éruption très confluente de petites vésicules, représentant des efflorescences à base rouge, de la grosseur d'un grain de millet, rouges, contenant à leur sommet un liquide un peu clair, éruption qui survient d'une manière aiguë, et s'accompagne en général de sueurs profuses sur le tronc et les membres.

Si leur enveloppe épidermique est macérée, ramollie, contenant un liquide trouble, les vésicules paraissent opalescentes, et on a alors la deuxième variété, la miliaire blanche.

Hebra a fait remarquer que cette espèce de miliaire est analogue à un exanthème sudoral, et que, par conséquent, elle mérite réellement le nom d'eczéma sudamen ou sudamina (*prickly heat* des Anglais; *calori*, des Italiens). Haight a donné le dessin très intéressant de la coupe microscopique d'une vésicule miliaire. On y voit la couche cornée soulevée en forme de vésicule au niveau de l'orifice d'une glande sudoripare. Cette éruption est très fréquente non seulement par les chaleurs de l'été, mais même en hiver, à la suite d'une transpiration abondante. J'ai vu quelquefois ces éruptions générales se produire consécutivement à l'application de pommades irritantes. Il est facile de se convaincre qu'il ne s'agit, dans ces cas, que d'un eczéma sudoral léger, puisque, avec des sueurs persistantes, susceptibles de macérer et d'irriter la peau, ou sous l'influence du grattage, on voit parfois l'éruption se transformer en un eczéma humide. Si, au contraire, les causes d'irritation dont je viens de parler n'ont pas lieu, l'éruption se termine par la chute des enveloppes vésiculaires, c'est-à-dire par une légère desquamation.

Il est facile, d'après cela, de comprendre qu'on observe fréquemment la miliaire rouge et la miliaire blanche dans le cours des affections fébriles. Leur développement est très souvent précédé de picotements

dans la peau, semblables à des piqûres d'aiguille; après l'apparition de l'éruption, c'est, au contraire, le prurit qui tourmente les malades.

Mais, si l'on étudie ces phénomènes et si l'on tient compte de la description anatomique donnée par Haight, on aura raison de considérer les vésicules, non comme dues à l'influence irritante de la sueur sur la surface cutanée, mais comme l'effet de son accumulation entre les couches épidermiques qui remplissent l'orifice des glandes sudoripares.

Tout au contraire, la miliaire cristalline a incontestablement la signification d'un véritable exanthème cutané; ceci ressort soit de ses caractères cliniques, soit de son étiologie. Les vésicules de la miliaire cristalline ont, en général, la grosseur de grains de semoule, elles sont claires comme de l'eau, pâles, semblables à des gouttes de rosée; elles sont souvent plus perceptibles au toucher qu'à la vue et surviennent en grand nombre sur le tronc, principalement à la poitrine, au bas-ventre, sur les parois latérales du thorax, ainsi que sur le côté de l'extension des membres, au cou.

Ces vésicules persistent plusieurs jours, une ou plusieurs semaines, selon les circonstances qui leur ont donné naissance. Leur contenu a une faible réaction alcaline, jamais acide. Elles ont une durée variable, sans que, dans aucun cas, la vésicule isolée prenne un volume plus considérable, — quelquefois il survient, entre elles, des bulles du volume d'une lentille ou d'un haricot, mais ces dernières ont également des parois épidermiques extrêmement minces; — leur contenu ne se trouble jamais, ne devient jamais purulent, elles restent toujours à l'état d'efflorescences semblables à des gouttes de rosée, c'est aussi le seul exanthème exsudatif qui soit encore reconnaissable sur le cadavre.

Elles disparaissent en général de la manière suivante : les parois des vésicules se détruisent spontanément ou sous l'influence de la sueur, de telle façon qu'il n'y a même pas de desquamation. Une partie de ces vésicules disparaissant de cette manière, en laissant après elles des surfaces saines, et, d'autre part, de nouvelles éruptions se reproduisant, le processus tout entier peut durer plusieurs semaines. Ordinairement des frissons précèdent la première éruption, ainsi que les poussées successives qui surviennent isolément. Selon Hebra, on aurait parfaitement raison de considérer la miliaire cristalline comme l'expression d'un processus métastatique, occasionné par certaines affections d'organes internes, qui sont propres à provoquer des métastases sur la peau, tels que l'endométrite, la métrophlébite, l'état puerpéral, l'endocardite, le typhus, le rhumatisme articulaire, les exanthèmes aigus, comme la scarlatine (miliaire exanthématique). En effet, la miliaire apparaît fréquemment dans le cours de ces processus, et principalement à leur dernière

période : aussi est-il très légitime de reconnaître nosologiquement une miliaire typhique, puerpérale ou utérine, pectorale ou cardiaque.

Le diagnostic de la miliaire cristalline présente peu de difficulté, puisque c'est la seule éruption dans laquelle les efflorescences ressemblent à des gouttes de rosée, et qu'on ne les observe dans aucun autre exanthème. Cette affection ne donnant lieu ni à des démangeaisons pénibles, ni à des altérations importantes dans la peau, il n'y a pas lieu d'insister sur son pronostic non plus que sur sa thérapie ; son existence dépend de la maladie fébrile qui l'a occasionnée, et par conséquent le pronostic repose tout entier sur cette maladie elle-même, et non sur celui de la miliaire.

PEMPHIGUS AIGU OU FÉBRILE, FIÈVRE BULLEUSE (1)

Je dois ajouter, aux éruptions bulleuses aiguës, l'affection connue sous la dénomination de pemphigus aigu.

On comprend sous ce nom une affection dans laquelle surviennent des bulles irrégulièrement disséminées sur la face, le tronc, les extrémités, à marche aiguë, et qui se termine dans l'espace de quelques semaines avec ou sans phénomènes fébriles. Ces efflorescences varient de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, et même davantage ; elles renferment un liquide clair comme de l'eau. Elles se dessèchent au bout de peu d'heures ou de jours, et, après la chute des croûtes, il reste une tache rouge, plus tard pigmentée.

La maladie a une marche aiguë dans ses premières semaines; il survient des bulles par poussées irrégulières, ensuite les éruptions deviennent plus rares, les anciennes bulles guérissent et le processus s'éteint.

On a aussi observé le pemphigus aigu chez des enfants dans des endémies plus ou moins étendues.

Il est hors de doute que, dans beaucoup de cas, l'objection de Hebra est juste : c'est-à-dire que ces éruptions bulleuses aiguës, — comme on les observe dans la variole modifiée et la varicelle bulleuse, dans l'érythème bulleux, l'herpès iris et circiné, même dans l'eczéma, l'urticaire bulleuse, enfin une forme propre d'impétigo de la face (impetigo contagiosa) dont on a observé, pour la première fois, une épidémie en 1885,

---

(1) Il n'y a aucune raison de traiter ici de l'affection hypothétique dont il s'agit, et nous reportons la question entière du pemphigus au chapitre du pemphigus vrai. E. B. — A. D.

à Rügen, de laquelle il sera question à propos de l'eczéma, — que toutes ces éruptions bulleuses, dis-je, ont également une marche aiguë et ont pu être qualifiées de pemphigus aigu par quelques médecins et dénommées ainsi tout récemment par Pontoppidan. D'autre part, quelques auteurs ont même fait un pemphigus aigu de chaque période éruptive, à marche aiguë, du pemphigus chronique.

En outre, de nombreux auteurs, et surtout des médecins d'enfants, comme Thomas, Moldenhauer, etc., ont signalé chez un grand nombre de jeunes sujets d'une même localité (dans des cas isolés également chez des adultes) une éruption bulleuse se développant rapidement, ayant une période de prodromes, d'éruption, puis de décroissance, mais qui se terminait toujours favorablement.

Mais ces cas ont été appréciés d'une manière très différente par les auteurs. Les uns ont considéré l'éruption bulleuse dont nous parlons comme une varicelle, ce qui concorde avec l'opinion de ceux qui attribuent ces endémies à un seul contage et regardent la maladie comme un pemphigus contagieux des enfants. D'autres, au contraire, comme Bohn, ont rattaché l'épidémie à l'influence de bains trop chauds administrés par une sage-femme. D'autres auteurs encore, en raison de cette dernière circonstance, ont rapporté le processus à la contagion, parce que les seuls enfants soignés par cette sage-femme étaient devenus malades. En un mot, on a émis les opinions les plus diverses et les plus contradictoires sur cette affection. Toutefois, il m'est impossible de me prononcer sur la nature de cette éruption bulleuse aiguë, survenant le plus souvent chez des enfants, parfois aussi chez des adultes (cas de Köbner), puisque je n'ai jamais eu l'occasion de voir une telle pædophlyctite épidémique ou fièvre pemphigoïde ou bulleuse, épidémique, contagieuse, des enfants, etc. (1).

---

(1) Faute de pouvoir donner une dénomination meilleure, et basée sur des recherches plus avancées, nous conservons ici à titre provisoire le titre de pemphigus, *bien qu'il soit tout à fait impropre,* et nous reconnaissons sous la dénomination de *Pemphigus contagieux des nouveau-nés* une affection vésiculeuse et bulleuse de la première enfance, épidémique et contagieuse, bénigne, bien distincte des syphilides bulleuses de la première enfance décrites sous le nom de pemphigus syphilitique.

Cliniquement, le « pemphigus contagieux » des nouveau-nés se caractérise par le développement, avec ou sans fièvre, et peu de jours après la naissance, sur des enfants bien portants et vigoureux aussi bien que sur des petits malades, de bulles qui peuvent être solitaires ou très nombreuses, isolées les unes des autres, précédées, entourées ou s'entourant secondairement de rougeur érythémateuse, pouvant avoir leur

Quant à la diversité des opinions ou tout au moins à l'ignorance qui règne sur la nature et la contagiosité du pemphigus, il faut attacher une certaine importance à la présence de champignons, de gonidies en grand nombre, de rares mycéliums que mon ancien assistant, Riehl, a trouvés, décrits exactement et dessinés, dans un cas de pemphigus aigu chez un garçon âgé de quinze jours qui était venu à la consultation gratuite. Il paraît vraisemblable que, dans ce cas, ainsi que dans quelques autres, ces champignons de moisissure sont la cause des bulles de pemphigus et que ce serait là le substratum pouvant rendre compte d'une diffusion épidémique, ainsi que de la contagion.

Enfin, il faudrait considérer quelquefois comme pemphigus aigu des cas de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Ritter) et d'épidermolyse bulleuse héréditaire (Köbner). La dernière variété décrite par Goldscheider, Valentin et Köbner paraît ne devoir être regardée que comme une formation bulleuse (urticaire) traumatique sur une peau congénitalement irritable et prédisposée aux inflammations, et non comme une maladie idiopathique.

---

siège sur tous les points du tégument cutané, y compris le cuir chevelu, mais ne semblant jamais affecter la paume des mains ni la plante des pieds, non plus que les muqueuses ordinairement. Le volume moyen des bulles est celui d'une moitié de gros pois ou de noisette; leur contenu est transparent, grisâtre ou citrin plus communément; elles évoluent par poussées comme le pemphigus vulgaire ou les varicelles à éruptions multiples; l'évolution, la rupture et la dessiccation des bulles sont tout à fait comparables à celles des varicelles intenses; exceptionnellement, l'éruption est assez considérable en elle-même, pour devenir une cause de mort; le pronostic général est basé surtout sur l'état de l'enfant, au moment où il est atteint par l'affection. — La durée totale de la maladie peut varier d'un septenaire à trois ou quatre, et peut-être plus. — Voy. E. Besnier (*Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux. — Rapp. s. les malad. rég. du* 3e *trimestre de* 1874, 2e Série, t. XI, p. 234). On trouvera, en outre, dans notre travail une étude historique et critique de la question dans son ensemble. — Voy. encore (même recueil), E. Hervieux, *Pemphigus épidémique des nouveau-nés*, 2e Série, t. V, 1868; puis, la très bonne thèse de notre élève distingué, P.-H. Roeser, *Du pemphigus chez les nouveau-nés*. Paris, 1876, n° 319, etc., etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

VINGTIÈME LEÇON

3. DERMITES, DERMITES ESSENTIELLES, INFLAMMATIONS PROPRES DE LA PEAU

Identité de la lésion anatomique. — Différence clinique occasionnée par le degré et par la cause de l'inflammation. — Dermite et gangrène idiopathiques et symptomatiques. — Dermites traumatiques — infectieuses — mécaniques, neuropatiques, toxiques, déterminées par des poisons, diabétique et provoquée par des agents dynamiques. — Formes caloriques : brûlure et congélation.

Les affections rangées dans le groupe des inflammations propres de la peau, — *dermites*, — sont caractérisées, outre leur marche aiguë, par une expression bien nette de tous les phénomènes qui appartiennent à l'inflammation, tels que je les ai décrits d'une manière générale (p. 224 et suiv.) : rougeur, tuméfaction, chaleur, infiltration, sensation de douleur, avec les terminaisons de l'inflammation par résolution, suppuration, nécrobiose en masse (gangrène) ou transformation en dermite chronique. Aux phénomènes cliniques correspondent les altérations histologiques plus intimes dont j'ai déjà parlé en général. Aussi les symptômes locaux, en ce qu'ils ont de plus essentiel, sont-ils les mêmes dans toutes les formes morbides appartenant à ce groupe. Mais il se produit des différences soit sous le rapport des lésions locales, soit en ce qui concerne les symptômes concomitants, suivant le siège, la forme, l'étendue, les caractères morphologique et chimique de l'infiltrat, la terminaison de l'inflammation, et enfin selon sa cause spéciale.

D'après ce qui précède, l'inflammation peut, dans toutes les circonstances, évoluer dans les couches de la peau les plus superficielles, ou les envahir dans toute son épaisseur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, se manifester principalement par de la rougeur et par une infiltration séreuse susceptible de résolution, — dermite érythémateuse, — ou se terminer par une infiltration plus plastique du parenchyme, qui arrive facilement à suppuration, — dermite phlegmoneuse. Dans d'autres cas encore, elle peut donner lieu à un exsudat fibrineux se coagulant rapidement et occasionnant une désagrégation moléculaire, — dermite diphthéritique ; ou s'accompagner de la mortification plus ou moins grande des tissus, — dermite gangreneuse et escharotique, gangrène ; ou être accompagnée de bulles avec exsudation séreuse dans les couches épidermiques, — dermite bulleuse ; enfin, elle peut se manifester sous une forme circonscrite ou diffuse,

limitée ou non, apyrétique ou fébrile et compliquée de symptômes généraux.

Sous ses différentes formes, et à ses divers degrés, l'inflammation de la peau peut tantôt avoir des causes directes, tantôt constituer un phénomène faisant partie d'un autre état morbide. A ce point de vue, elle se divise en deux classes : inflammation idiopathique, et inflammation symptomatique.

(*a*) Inflammation idiopathique de la peau.

Cette inflammation est occasionnée par toutes les causes nuisibles que j'ai déjà énumérées page 137, lesquelles provoquent seulement de l'érythème, à un degré léger, dès que leur influence est devenue plus forte ou plus persistante, ou si le tégument est plus irritable. D'après le caractère et la nature de chacun de ces agents, nous diviserons les inflammations de la peau de la manière suivante :

1° *Dermite traumatique ou mécanique.* — On désigne sous ce nom toutes les inflammations de la peau qui sont occasionnées par des coups, des chocs, la pression d'une chaussure trop étroite, des bretelles servant à porter des fardeaux, des bandages, des outils, des rames, par le grattage avec les ongles (excoriations), en un mot, par un traumatisme quelconque. A cette classe appartiennent aussi les inflammations par stase, occasionnées par un obstacle à la circulation locale du sang.

2° *Dermite neuropathique.* — Les inflammations de la peau déterminées directement ou par l'intermédiaire de troubles de l'innervation de nature vasomotrice ou trophique, d'origine périphérique ou centrale.

3° *Dermite par poisons, dermite toxique et dermite caustique.* — L'inflammation, dans ce cas, est produite par des substances vénéneuses agissant comme agents chimiques ou caustiques, telles que les cantharides (vésicants), mézéreum, rhus toxicodendron, térébenthine, potasse caustique, chaux caustique, pâtes caustiques en général, et les acides minéraux concentrés. Il faut ranger encore dans cette catégorie les formes inflammatoires produites par le dépôt de sucre dans la peau, *dermite diabétique.*

Enfin, 4° la *dermite dynamique et calorique* est due a une action dynamique et à une température exagérée, à l'électricité, à la foudre, à une chaleur élevée et à un froid intense.

Ces deux derniers groupes donnent naissance à des formes inflammatoires offrant toutes un ensemble symptomatique assez concordant.

Toutes ces variétés de dermite classées suivant leurs causes présentent essentiellement les mêmes phénomènes locaux, comme je l'ai dit

au début de cette leçon, et les mêmes points de repère pour le pronostic et la thérapie. Cependant, il y a entre elles certaines différences pratiques très dignes d'être prises en considération, non seulement sous le rapport des conditions générales, telles que l'intensité, l'étendue, l'importance de l'organe atteint et la réaction de l'organisme tout entier, etc..., mais encore, si je puis ainsi le dire, sous le rapport de la *qualité*. Comme il me semble impossible de poursuivre plus loin dans cette direction l'objet de notre étude, me référant à la pathologie générale de la dermite et à la chirurgie spéciale, j'appellerai pourtant spécialement l'attention sur quelques variétés de l'inflammation mécanique de la peau, puis sur les formes de dermite névropathique, sur celles de la dermite diabétique, ainsi que sur l'inflammation de la peau provoquée par des influences caloriques. Cette préférence est motivée tout à la fois par le caractère éminemment pratique de ces états pathologiques, et par leurs symptômes qui présentent, en général, un schème parfait pour l'étude des affections analogues.

Relativement aux symptômes des inflammations de la peau occasionnées par des causes mécaniques de toute espèce, il faut s'en tenir aux lois générales de la pathologie. L'inflammation débute ordinairement par de l'hyperhémie, de l'infiltration inflammatoire et correspond, quant à l'étendue, à la durée et aux terminaisons possibles (résolution, suppuration, gangrène), à l'intensité, à la persistance et à la nature spéciale de la cause mécanique qui l'a déterminée; mais elle varie aussi selon les conditions plus ou moins favorables, lesquelles tiennent à la région atteinte, à l'état antérieur de la peau et au mode plus ou moins régulier de la nutrition.

C'est ainsi, par exemple, que la pression d'une pelote, d'un bandage trop serré sur la peau mobile de la région inguinale pourra provoquer de l'inflammation, parfois avec formation de bulles, tandis que la pression d'une chaussure sur le dur tendon d'Achille peut déterminer de l'inflammation avec gangrène. La compression au niveau du sacrum amène rapidement, chez des personnes très déprimées par des maladies zymotiques et infectieuses, de la rougeur, de l'inflammation et de la gangrène — décubitus, — comme dans la variole, le typhus, le rhumatisme articulaire, le rhumatisme blennorrhagique; tandis qu'un individu d'ailleurs sain supportera longtemps sans inconvénient la pression dans ces points. Une circulation localement défectueuse, ou tenant à des causes générales, anémie, maladies du cœur, processus athéromateux, vient-elle s'y ajouter, les causes nocives précitées détermineront d'autant plus facilement de l'inflammation et de la nécrose des tissus : plus facilement encore sur les régions déclives (chez les malades au lit, sur le sacrum), et particulièrement aux membres inférieurs. De

même des blessures légères sur des jambes déjà variqueuses provoqueront facilement de l'inflammation avec suppuration, ulcération et gangrène.

Même un trouble local de la circulation peut déterminer de l'inflammation et de la gangrène, mais nous faisons tout à fait abstraction de la gangrène consécutive à l'arrêt complet de la circulation, dans l'embolie, la ligature.

Il faut ranger dans cette classe les processus qui résultent de la varicosité des membres inférieurs et les processus néoplasiques et ulcéreux (lupus, syphilis), les inflammations érysipélateuses et phlegmoneuses qui, dans ces régions, les accompagnent.

Une forme spéciale constitue l'inflammation des membres inférieurs consécutive à l'endartérite oblitérante, soit syphilitique (Heubner), soit idiopathique (Winiwarter, Billroth). Après plusieurs mois de douleurs continues et lancinantes et de phénomènes inflammatoires légers des extrémités des membres, on voit survenir la gangrène des orteils. La gangrène progresse peu à peu d'une manière centripète, après que les zones avoisinantes de la peau se sont enflammées selon un processus accompagné des mêmes douleurs.

Il faut rapprocher des lésions précédentes la gangrène symétrique, ainsi nommée depuis Raynaud, laquelle procède de l'asphyxie locale et dont la cause doit être cherchée dans une hyperhémie et une stase régionnaire par relâchement provenant d'un trouble vasomoteur. Cette lésion, chez les individus névropathiques, hystériques, anémiques, est semblable à l'asphyxie névroparalytique dont il a été question page 145 (M. Weiss).

On explique de la même manière les inflammations des parties déclives du corps, principalement des membres inférieurs, qui surviennent chez les individus dans le marasme, déprimés par des maladies générales épuisantes, ou chez des sujets d'un âge avancé, inflammations tenant par conséquent également à des troubles mécaniques de circulation (atonie du cœur et des vaisseaux); ces inflammations se terminent souvent aussi par gangrène — gangrène sénile, marastique.

Sous le nom de gangrène multiple, cachectique de la peau, O. Simon a décrit des foyers gangreneux dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de cinq francs en argent et même plus considérables, superficiels ou atteignant, outre la peau, jusqu'aux os mêmes; ces foyers gangreneux se développent sur des parties du tégument primitivement enflammées ou recouvertes de bulles chez des enfants cachectiques de un à deux ans. La chute des eschares laisse après elle des pertes de substance en forme de trous très déchi-

quetés, mais qui se cicatrisent par granulation. J'ai vu et décrit à plusieurs reprises des lésions analogues qui étaient survenues à la suite de l'eczéma chez des enfants. Elles sont souvent prises à tort pour de la syphilis (1). Mais j'ai également observé sur les épaules, le ventre,

---

(1) Les gangrènes disséminées de la peau se présentent chez les jeunes sujets, dans la première enfance surtout, sous des aspects multiples et dans des conditions très diverses.

Sous le nom de *gangrène cachectique multiple de la peau*, O. Simon — Ueber multiple kachekt. Hautgangrän, Vortrag *in der med. Sect. der. Schles. Gesellsch. Vaterland Cult.*, 20 déc. 1878 — a, le premier, décrit une affection qui atteint presque exclusivement des enfants de un à deux ans. Voici les éléments principaux de sa description que nous tenons à préciser :

Sur les régions les plus différentes du corps, on voit apparaître des bulles qui se transforment en croûtes; après leur chute il reste une perte de substance de profondeur variable. Les bulles tantôt se succèdent à de grands intervalles, de sorte qu'après un certain temps de nouvelles poussées se produisent, et tantôt apparaissent partout presque en même temps. La perte de substance peut être superficielle et n'attaquer que le derme, ou pénétrer plus profondément et gagner le tissu connectif sous-cutané, les muscles, même le périoste et mettre les os à nu. La lésion, qui est parfois de la grosseur d'une tête d'épingle, présente d'ordinaire des dimensions plus considérables et fréquemment les ulcérations deviennent confluentes. Leur bord est en général taillé à pic, comme à l'emporte-pièce. Ces ulcérations guérissent sous l'influence d'un traitement approprié. Dans d'autres cas, la nature des plaies ne se modifie pas ou s'aggrave encore ; la cachexie augmente et se termine par la mort.

Le pronostic est favorable à la condition d'un traitement précoce et rationnel. L'auteur n'a observé de récidive qu'une seule fois.

Comme cause étiologique, il n'y a à citer que « la cachexie », notamment la cachexie aiguë. On serait parfois porté à penser à la syphilis héréditaire. Simon a observé deux cas dans lesquels il y avait lieu de tenir compte de cette hérédité. L'un de ces enfants, dont la mère était syphilitique, et qui lui-même avait présenté au moment de la naissance des symptômes de syphilis congénitale, fut atteint, à l'âge de un an et trois mois, d'un catarrhe bronchique avec fièvre, et ensuite de gangrène cachectique multiple de la peau. Dans un autre cas, O. Simon avait traité le père d'une forme tardive de syphilis; mais l'enfant la mère et les autres frères et sœurs en étaient indemnes.

Néanmoins, il n'y a pas à incriminer la syphilis comme cause, car, dans les autres cas, on ne pouvait pas démontrer sa présence, et les plaies ne ressemblaient nullement à des gommes ulcérées. Dans tous les cas, on constatait une cachexie, notamment une cachexie aiguë et d'une nocuité spéciale.

Un cas concernait, par exemple, un enfant qui, après la lactation, avait évidemment eu une mauvaise nourriture, pommes de terre, etc., il fut atteint d'un catarrhe intestinal rebelle. Dans un autre cas, il y eut une perforation intestinale.

Il faut considérer ce processus comme une gangrène occasionnée par une thrombose marastique. Chez les sujets affaiblis, il suffit d'une pression, du séjour au lit, pour amener une stase et, consécutivement, la coagulation du sang.

le thorax, ces destructions gangreneuses de districts de la peau, chez des adultes dont la peau était le siège d'une infiltration inflammatoire et dont l'organisme était déprimé, ainsi que dans le psoriasis généralisé et le pityriasis rubra. Je regarde cette gangrène comme la conséquence de thromboses capillaires locales.

On observe des processus analogues comme suite de certaines intoxications, par exemple dans l'ergotisme et dans l'intoxication morphinique.

O. Simon préconise le traitement tonique : fer, vin, lait, les bains, les pansements au zinc et à l'iodoforme; il pense qu'on doit s'abstenir de toute médication antisyphilitique, même dans les cas où il y aurait une syphilis congénitale.

Eichhoff — Zur Ætiol. der « multiplen kachekt. Hautgangrän. » *in Deutsch. med. Wochensch.*, n° 47, 1884, et un cas antérieur, *eod. loc.*, n° 34. 1880 — a signalé dans un cas des microphytes analogues à ceux du trichophyton tonsurant ; et H. Radcliffe Crocker — multiple gangrene of the skin in infants and its causes, Vol. LXX of the *Med. Chir. Transact.*, London, 1887. Discussion *in Proceed. of the Roy. Med. and. ch. Society*, new. Series, Vol. II, p. 282. — admet en principe pour tous ces faits l'action d'un élément microbien : « *Would* I *suggest that the condition is of microbic origin and may follow any pustular eruption in which the soil is suitable.* » — C'est là la réalité qui attend sa démonstration. — et il ajoute qu'il faut tenir pour *conditions prédisposantes* « la tuberculose », ainsi que l'a indiqué Barlow, et accessoirement la syphilis et le rachitisme. — Cf. Cæsar Boeck — *Verhandlungen der. med. Gesellsch.* (texte norvégien, — juin 1881).

En France, ces lésions ont été décrites, mais non le plus ordinairement à part; il faut en chercher la plupart des éléments parmi les diverses affections dont elles peuvent être une complication ou une suite, varicelle, vaccine, athrepsie, érythèmes, hémorrhagies, purpura — Voy. Observations de deux cas de purpura hémorrhagique suivis de gangrène, par Martin de Gimard, *Société clinique de Paris*, octobre 1887, et *France médicale*, novembre 1887 — syphilis, scrofulotuberculose et tuberculose, etc., sous les noms de gangrènes multiples, ecthyma cachectique, ulcéreux, gangreneux, térébrant, phagédénique, etc.

Mais c'est aller trop loin de dire — Voy. Barthélemy, *De l'ecthyma térébrant infantile*, note de la page 587 de la traduction de Duhring que, « jusqu'à Fournier et Lailler, ces altérations étaient confondues avec les syphilides ulcéreuses. » Sans rien retrancher aux observations de nos deux savants collègues, nous pouvons rappeler que ce n'est pas d'eux que nous avons appris à différencier ces lésions des syphilides ulcéreuses, ni nous, ni d'autres observateurs.

Mais, indépendamment des « varicelles gangreneuses » de J. Hutchinson et d'Abercrombie, véritablement très rares sur le terrain où nous observons, — des éruptions vaccinales secondaires nécrosiques, ou de ces lésions encore mal connues qui apparaissent *à la suite* de la vaccination animale ou humaine — voy. les notes relatives à l'impétigo, — des nécrodermies *multiformes* des *athrepsiques*, des *syphilitiques*, des *aca-*

Les inflammations névropathiques de la peau et les formes gangreneuses sont de nature et de cause très variables.

Il faut désigner, sous le nom de dermite nerveuse essentielle, cette inflammation de la peau déjà bien connue, mais qui, depuis les travaux de Weir Mitchell, de Moorhouse et Keen sur les blessures des nerfs et leurs conséquences, constatées pendant la dernière guerre américaine de Sécession, a été plus particulièrement décrite sous le nom de « *glossy skin* ». Auspitz a proposé pour cette lésion le nom de « liodermie essentielle ». Dans la région périphérique d'expansion d'un tronc nerveux blessé, comprimé par des cicatrices, irrité, par exemple du nerf brachial, il survient une vive douleur, une sensation continue de

---

riens, des *phthiriasiques*, des *scrofulotuberculeux* ou des *tuberculeux*, etc., — on rencontre quelquefois, particulièrement dans la première enfance, des lésions ulcérantes et gangreneuses dont la cause et la nature restent obscures, qui se développent même chez des sujets en bon état de nutrition, ou libres d'état pathologique antérieur, et peuvent devenir graves, ou funestes, soit par l'étendue et la profondeur des désordres matériels, soit par l'état adynamique et les lésions viscérales secondaires développées surtout dans le poumon.

C'est pour celles-là surtout que s'impose l'idée d'affection extrinsèque, microphytique, venant se greffer sur des lésions cutanées vulgaires et banales qui servent de porte d'entrée ou de terrain de culture préparé. — Voy. G. Baudouin et L. Wickham, Ecthyma térébrant de l'enfance; recherches bactériologiques, in *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888. — P. Gallois, Des gangrènes disséminées de la peau chez les enfants, *Bulletin médical*, 1889, p. 1111 et 1123.

La plupart des enfants n'étant présentés que lorsque la maladie a déjà pris corps, il est difficile de la décrire dès son commencement; seuls, les médecins des asiles de l'enfance pourraient combler cette lacune. Les éléments nouveaux que l'on voit se développer sont le plus ordinairement des papules érythémateuses ou des soulèvements vésiculeux ou bulleux; très rapidement, presque aussitôt qu'après une inoculation de chancre simple, si l'on avulse le surtout épithélial ou croûteux, il y a déjà une eschare ou une *ulcération cupuliforme* creuse, à pic, régulièrement ronde, paraissant avoir pour centre un follicule sébacéopilaire ou un pore sudoral. La lésion peut se rencontrer sur tous les points du tégument; mais surtout à l'abdomen, dans les régions inguinales, génitocrurales, péri-anales, dans la région de la cuisse, sur le côté interne ou externe. Discrète en quelques points, en d'autres confluente, la série des ulcérations ou des eschares coalescent rapidement, et surtout aux points de pression ou à ceux qui sont souillés par l'urine et les fèces, il se forme de vastes ulcères à fond étagé vermoulu, à bords polycycliques, avec suintement profus et fétide. Tantôt, l'ulcération s'établit et s'étend en surface et en profondeur, dépassant le derme et l'hypoderme, presque sans eschares

brûlure ardente, et on voit apparaître, coïncidant avec cette chaleur, de la rougeur et une tuméfaction légère de la main et des doigts ; la peau, au bout de quelques mois, devient rouge, brillante, tendue, épaissie; de temps en temps, il se produit des bulles (pemphigus nerveux), des groupes de vésicules (herpès, zoster nerveux ?) ; puis des excoriations, des ulcères, en quelques points des nécroses; plus tard, sur le côté de l'extension des articulations fléchies des doigts, la peau s'amincit, prend un aspect parcheminé, exfoliation et gangrène de la peau, excroissance et dégénérescence des ongles — en un mot, troubles trophiques de forme et d'intensité les plus variables.

Comme toutes ces inflammations provenant de causes mécaniques

---

apparentes; tantôt et plus rarement, il se forme, surtout aux points de pression, des nappes de gangrène blanche ou noire au début très superficielles, rondes ou ovales, si elles sont petites, mais conservant toujours dans les plus grandes dimensions un bord festonné, serti par une zone rouge indurée débordant plus ou moins le sillon d'élimination. Mais il n'y a pas d'induration prénécrosique proprement dite, la dermite périphérique qui est constante est secondaire.

Toutes les formes de cette affection sont graves, mais non funestes, et on peut d'autant mieux espérer du succès à venir de la thérapeutique qu'elle semble être d'origine extrinsèque. Des recherches faites avec les moyens d'investigation nouveaux et des études de bactériologie expérimentale éclaireront ce qui était autrefois pour nous incompréhensible, inexplicable, et ce que nous ne faisons encore qu'entrevoir, sans être en mesure de le démontrer.

Indépendamment des moyens généraux de traitement appropriés, des pansements antiseptiques, isolants, une protection effective contre les souillures de l'urine et des matières fécales, des lavages répétés avec des solutions très faibles de sublimé, l'application de poudres isolantes contenant des quantités d'iodoforme porphyrisé et tamisé proportionnées à l'âge du sujet et à l'étendue des surfaces ulcérées ou nécrosées, sont les principaux moyens à opposer aux progrès de cette affection.

Nous ne savons pas, cette recherche n'ayant pas été faite, si la glycosurie peut être mise en cause dans quelques-uns de ces cas; bien que nous ne le croyions pas, c'est une lacune à combler.

Bien que nous ayions plusieurs fois examiné et fait examiner histologiquement des fragments de peau au niveau des parties atteintes, nous n'avons jamais pu fixer le siège anatomique initial des lésions que, d'après l'observation clinique, nous nous figurons exister dans les pores folliculaires ou sudoraux; nous avons cependant l'habitude de désigner ces affections sous le nom de folliculites ulcérantes et nécrosiques de la première enfance.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

circulatoires, vasomotrices, névroparalytiques et névrotiques, sont amenées par de l'hyperhémie et peuvent aussi, sous l'influence de causes moins intenses, persister à ce degré, nous avons déjà naturellement parlé de ces affections dans ce sens, pages 145 et suivantes, ainsi que, en partie du moins, à propos des anémies (p. 149).

Il faut rapporter à un trouble de l'innervation centrale la gangrène décrite par Charcot sous le nom de décubitus aigu; elle est le plus souvent consécutive à un abcès du cerveau, et, en ce qui concerne sa localisation, on l'observe sur la moitié du corps opposée au siège de l'abcès. La rapidité de son apparition indique un trouble local de circulation et une atonie des tissus, comme cela a lieu dans le décubitus après le typhus, etc., et témoigne d'un trouble trophique essentiel.

Il faut signaler encore la gangrène dite spontanée (1) des hystériques (2), comme celle observée à plusieurs reprises par des neuropathologistes et dont Neumann a publié un cas typique. C'est seulement dans ces derniers mois que j'ai eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises, à ma consultation gratuite, une malade de ce genre, et je possède une observation typique de la même affection par le Dr Otto Kalb, de Thalmässing, en Bavière. Il s'agit de sujets jeunes, du sexe féminin, avec ou sans signes évidents d'anémie et d'hystérie. Sur un point déter-

---

(1) Bien que l'on ait décrit des gangrènes « *spontanées* », il est exceptionnel que l'on ne puisse pas rattacher une nécrose de la peau à l'un des deux *modes pathogéniques* suivants : a) *angiotrophique*, b) *névrotrophique*, selon que l'agent nécrodermique direct consiste en altérations du *système circulatoire*, ou en lésions — bien étudiées en France, par Charcot, Leloir, Déjerine, Pitres et Vaillard, etc., etc. — du système nerveux central ou périphérique. E. B. — A. D.

(2) La plupart des cas de nécrodermie aiguë multiple, appelés *érythème gangreneux*, *phemphigus gangreneux*, *gangrène aiguë multiple de la peau*, etc., tels que ceux de Leloir — Gangr. mult. de la peau chez une jeune fille de dix-huit ans, *in Rech. cl. et anat. s. les aff. cut. d'origine nerveuse*, Paris, 1882, p. 117; — de T. et C. Fox — Notes on two cases of so-called « Erythema gangrenosum », *in Journ. of cut. and ven. diseases*, vol. 2, 1884, p. 9, — et ceux des auteurs antérieurs cités par Fox, *ibid.*, p. 13 et 16 ; — de Doutrelepont, Ueber einen Fall. von acut. mult. Hautgangrän, *in Viert. f. Dermat. und Syph.*, 1886, p. 179, etc., n'ont pas encore reçu d'interprétation assurée; il reste à discuter la nature matériellement névritique centrale ou périphérique, la nature névrotoxique ou névrosique simple (hystérique), et, pour ce dernier cas, traiter à nouveau la question posée de la simulation, bien incompréhensible dans certaines observations, si l'on remarque surtout que l'aberration trophique se poursuit dans la cicatrisation qui est souvent anomale, chéloïdienne. Ernest Besnier. — A. Doyon.

miné de la peau, de la poitrine, des bras, la malade éprouve subitement une sensation de brûlure. La malade présente une tache dont la dimension varie de celle d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs en argent, sur laquelle la peau apparaît semblable à un pomphyx, très légèrement colorée en rouge et saillante, ou blanc d'albâtre. En quelques heures, la peau se décolore en ce point, devient bleu-noir, brun verdâtre, et il se forme une eschare analogue à du cuir, comme après une cautérisation avec l'acide sulfurique. L'eschare se détache peu à peu et elle est remplacée le plus souvent par une cicatrice hypertrophique. Cependant le même processus se renouvelle sur d'autres points à des intervalles de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, avec les mêmes phénomènes de douleur, de rougeur, de gangrène nettement limitée et de cicatrisation. Le processus dure des semaines et des mois, jusqu'à des années et s'arrête ensuite complètement.

La dermite diabétique est l'une des formes de dermatoses qui surviennent dans le diabète sucré — dermatoses diabétiques. Parmi ces dernières, nous comptons l'astéatose et l'anidrose, le prurit cutané, généralisé et local (vulve), l'urticaire chronique, l'acné des cachectiques, la roséole et l'érythème, l'eczéma et la dermite proprement dite. Il survient quelquefois, sous l'influence de la macération et de l'irritation produites par la présence du sucre dans l'urine, peut-être aussi de la formation de champignons qu'elle détermine (sur la peau du prépuce, du scrotum, de la vulve, du périnée), une inflammation phlegmoneuse diffuse, de la gangrène ou des abcès circonscrits et de la furonculose.

Dans ce cas, on voit aussi apparaître des furoncles, des anthrax à évolution souvent fatale, de la dermite diffuse et de la gangrène diabétique qu'il est impossible de rapporter à l'action extérieure du sucre sur la peau, mais bien au sucre déposé dans les tissus et qui s'y décompose (acétone ?). L'inflammation et la gangrène atteignent souvent l'un ou l'autre orteil ; non toujours la partie la plus périphérique, mais, contrairement à ce qu'on observe dans la gangrène due au marasme, souvent une portion circonscrite de la plante du pied, la pulpe des orteils, le petit orteil, la face dorsale du pied, avec inflammation préalable et formation de bulles (Marchal de Calvi, Champouillon, Landouzy) et, en général, d'un seul côté. Parfois, la gangrène guérit.

J'ai décrit sous le nom de gangrène diabétique bulleuse serpigineuse un cas dans lequel, sur la jambe gauche (par conséquent d'un seul côté) et loin de la périphérie, il survint des bulles disséminées sur une base enflammée et une escharification consécutive, et de ces centres le processus progressa de la même façon d'une manière serpigineuse,

se cicatrisa dans l'espace de plusieurs mois, et la mort n'arriva que lorsque le processus eut envahi l'articulation tibio-tarsienne.

Enfin, j'ai encore signalé comme dermite diabétique papillomateuse une inflammation de la peau que l'on observe dans la glycosurie : on voit alors apparaître, persistant pendant plusieurs années, sur une base enflammée, des excroissances verruqueuses, semblables à des plaques qui se désagrègent en partie pour former des ulcères à bords déchiquetés — forme en somme très semblable au lupus.

On distingue l'inflammation calorique de la peau d'après les deux extrêmes qui la constituent : brûlure et congélation.

Dermite par brulure, combustion.

On appelle combustion l'inflammation de la peau occasionnée par une température excessivement élevée.

Les symptômes, la marche et la gravité de cette lésion varient suivant le degré de la température qui l'occasionne, la durée de son action, la nature du milieu, puis selon l'étendue de la brûlure et l'idiosyncrasie de l'individu affecté.

Les phénomènes locaux donnent en même temps la mesure des symptômes concomitants et généraux, des suites probables et de l'urgence des mesures à adopter pour le traitement. Nous distinguons, pour l'usage pratique, dans la combustion, trois degrés, qui ne représentent, à vrai dire, que des degrés d'intensité et non point des formes morbides nettement séparées les unes des autres.

Premier degré : *Dermite érythémateuse.* — Elle est caractérisée par une rougeur uniforme diffuse, ne disparaissant pas complètement sous la pression du doigt, et par une tuméfaction légère de la peau sur tous les points qui ont été exposés à une température élevée.

La rougeur, vive au début, bientôt nuancée d'une couleur foncée jusqu'au rouge bleu et brun, le plus souvent nettement limitée, est remplacée, si l'on exerce une pression sur la région, par une teinte jaunâtre. Une sensation de brûlure vive, ainsi qu'un léger mouvement fébrile, s'observent en même temps si la surface atteinte est étendue et s'il s'agit d'individus jeunes et irritables. On peut voir, par exemple, ces phénomènes se produire après des lotions avec de l'eau à 30 et 45 degrés centigrades, chez des personnes dont la peau avait été exposée pendant plusieurs heures au soleil ardent de juillet, soit pendant la natation ou la navigation, soit pendant une marche, ou bien encore chez des sujets dont le visage avait subi en passant l'action de la flamme ou seulement d'une chaleur rayonnante.

L'effet anatomique de la chaleur agissant ainsi à un degré modéré

consiste dans une hyperhémie active persistante des plus petits capillaires de la peau, avec parésie consécutive et congestion sanguine passive. Cet état est très manifeste dans l'érythème solaire, où la rougeur est exactement limitée par une ligne séparant le segment de peau voisin qui était recouvert, par exemple, par un vêtement. La tuméfaction que l'on constate alors et la teinte jaunâtre sont l'expression d'une dermite exsudative légère.

Par le fait de la diminution de la tuméfaction, de la chaleur et de la douleur dans la peau affectée, et par la cessation de la fièvre, la coloration rouge vif passe, dans l'espace de quelques jours, au rouge brun ou au brun, l'épiderme corné se détache sous forme de squames ou de grandes lamelles d'un blanc sale, puis la peau, en huit, quinze, ou vingt jours, revient à son état normal; dans tous les cas, elle garde une pigmentation légère pendant quelque temps.

Le deuxième degré de la brûlure, *dermite bulleuse*, occasionné par de l'eau très chaude (de 50 à 80 degrés) ou le contact passager avec des flammes, des métaux chauds, la chaleur intense du soleil, le contact de la cire à cacheter fondue, etc., ajoute aux symptômes du premier degré l'apparition de vésicules et de bulles (exsudation séreuse plus abondante dans les couches épidermiques). Les bulles s'élèvent immédiatement ou bien quelques heures après l'action de la chaleur sur la peau. Celle-ci est alors le siège d'une rougeur diffuse, ou ne présente aucune modification apparente, mais souvent aussi elle est atteinte assez fortement, pour former des bulles bien tendues, soit isolées, soit en grand nombre et de volume variable. Là où la peau est mince, la coloration est d'un jaune transparent; dans les régions, au contraire, où l'épiderme est épais, comme à la paume des mains, ce sont seulement des soulèvements irréguliers ; enfin, sur quelques points, l'épiderme est tout à fait soulevé par l'abondance de l'exsudation, détaché par lambeaux, ou bien enroulé sur une étendue plus ou moins considérable.

Certaines bulles, recouvertes seulement par les couches cellulaires cornées superficielles, laissent écouler tout leur contenu à la plus légère piqûre; d'autres, comprenant toute l'épaisseur du corps muqueux, ne laissent pas évacuer tout leur contenu, alors même que leurs parois ont été excisées ; on voit alors le corps muqueux gonflé sous l'aspect d'une pulpe gris jaunâtre.

Sur des coupes histologiques de bulles produites par des brûlures, on trouve les papilles élargies; leur base, ainsi que la couche la plus superficielle du chorion, présente des vaisseaux distendus; les fibres du tissu conjonctif sont tuméfiées, le réseau à mailles est dilaté, on voit quelques cellules d'exsudat dans sa trame et dans la gaine adventice des vaisseaux ; dans la sphère de la bulle elle-même, les cellules

du corps muqueux sont troubles, gonflées, avec un commencement de division des noyaux indiquant un processus formatif. Ces cellules sont disposées en fibres et en lamelles, qui sont tendues entre la paroi supérieure de la bulle et les papilles de la base, ou encore sur des cellules muqueuses restées adhérentes.

C'est ainsi que ces papilles forment un réseau dont les mailles contiennent, outre le sérum, des cellules d'exsudat, des débris d'épithélium et des concrétions fibrineuses (V. Biesadecki, Unna, etc.), conditions qui existent dans les bulles en toutes circonstances. Je ferai, en outre, observer que les phénomènes qui se passent à l'intérieur des bulles sont toujours les mêmes, qu'elles soient produites par la cire à cacheter fondue, par le feu ou par une vésication (Unna), ou provoquées par une cause interne, comme dans le zoster, le pemphigus.

La marche du processus local a lieu d'une manière typique. La bulle dont l'enveloppe est conservée se dessèche aussitôt que l'inflammation et l'exsudation ultérieure s'arrêtent ; son contenu forme une croûte, sous laquelle les cellules muqueuses se régénérant, au-dessus des papilles conservées, elles se reconstituent en épiderme. Dans les cas où l'enveloppe de la bulle est soulevée, soit par une action mécanique, soit par l'abondance de l'exsudat, une prolifération cellulaire abondante se produit dans le corps muqueux mis à nu, sous forme de suppuration catarrhale (épithéliale). Les papilles en partie détruites par l'hémorrhagie apparaissent comme de petits points rouges, dans un réseau purulent, gris, dont les mailles sont formées par le stratum interpapillaire de Malpighi.

Peu à peu, sous l'influence de la rétrocession des phénomènes inflammatoires, l'élimination des cellules diminue, elles deviennent plus cohérentes, et elles se condensent dans les couches supérieures de la peau et sur les papilles. Il en résulte que la guérison se fait partout sans cicatrice, et c'est seulement dans les points où l'hémorrhagie a détruit quelques papilles qu'il reste des cicatrices blanchâtres.

A ce degré, même pour un très petit espace de tissu lésé, les premiers moments qui suivent la brûlure sont accompagnés de douleurs vives. Si la lésion occupe une étendue plus considérable, par exemple les mains et les bras, il survient une fièvre intense. Il peut aussi, à la période de la suppuration, se produire, comme complications, de l'inflammation, de la lymphangite, de l'engorgement ganglionnaire. Une période extrêmement douloureuse est celle dans laquelle les papilles sont découvertes sur de grandes surfaces ; avec la formation d'un nouveau revêtement épithélial, et même avant qu'il se soit solidifié, ces douleurs cessent.

Mais si la brûlure au deuxième degré a atteint une portion plus con-

sidérable de la peau, les mains et les pieds, les avant-bras et les jambes, la face et une partie du dos; ou si elle survient chez un individu jeune, un enfant, on voit alors apparaître presque fatalement des complications dangereuses.

Le troisième degré de la brulûre, *dermite escharotique*, est occasionné par l'exposition à une chaleur plus intense, par les flammes, le métal rougi ou en fusion, les explosions de gaz, la vapeur à une forte tension, ou seulement par des liquides en ébullition, ou caustiques, si ces agents sont restés en contact avec la peau pendant un temps suffisant, ou s'ils possèdent une puissance calorique considérable.

Ce qui, dans la brûlure, caractérise ce degré, c'est l'escharification, la mortification immédiate ; dans toute l'étendue où elle a subi cette altération, la peau semble carbonisée, noire, brune, d'un mauvais aspect ou desséchée, semblable à du cuir; d'autres fois, elle ne paraît nullement altérée, elle est unie, blanche, semblable à l'albâtre, mais elle est toujours raide au toucher, dure ou coriace, insensible. Dans la partie atteinte, toute activité vitale, toute circulation sont arrêtées. D'après la nature chimique de l'effet produit, il s'agit tantôt d'une carbonisation réelle, telle par exemple que l'opère un brasier; dans ce cas, on aperçoit dans l'eschare brunâtre le contenu carbonisé des vaisseaux superficiels, formant des arborescences d'un brun noir. Si on brûle la peau d'un mort, par exemple d'un individu assassiné, cette injection vasculaire n'existe pas, c'est là un caractère décisif en médecine légale (E. Hofmann). Une autre fois, l'influence la plus immédiate est la mortification des tissus par coagulation et décomposition des substances protéiques, ou une transformation comme dans le tannage du cuir, par exemple dans une chute au milieu d'un four à chaux, où la peau est altérée comme dans la brûlure par la vapeur, etc. Au-dessus de quelques surfaces blanches l'épiderme est soulevé sous forme de bulles ou tuméfié en lamelles, et on croirait n'avoir affaire qu'à une brûlure du second degré. Mais, au bout de deux ou trois jours, on peut reconnaître ce dont il s'agit puisqu'en ce point la peau prend un mauvais aspect et se ride, et vers les bords se sépare des parties adjacentes.

Entre le troisième et le cinquième jour, il se produit autour de l'eschare, par la réaction inflammatoire des parties environnantes, une zone purulente qui forme un large sillon et se continue dans la base qui est également en suppuration; l'élimination de l'eschare s'opère dans l'espace de huit à douze jours. La plaie, ainsi mise à découvert, est le plus souvent d'une profondeur inégale, étagée, montrant que la mortification est presque toujours très irrégulière. Les eschares qui sont à la superficie protègent très longtemps les tissus sous-jacents contre l'influence de la température élevée (Hofmann) ; les incinérations de cada-

vres ont clairement montré combien la carbonisation s'étend difficilement en profondeur. Je parlerai ailleurs des processus plus intimes dans la guérison des plaies au moyen de la suppuration; je me borne ici à mentionner brièvement les phénomènes anatomiques faciles à reconnaître. Il s'élève, de toute la surface, des granulations luxuriantes, et enfin la cicatrisation s'établit. La couche épidermique nouvelle provient en très grande partie de l'épiderme marginal. Cependant, on voit toujours, au centre du champ de granulations, de nouveaux îlots épidermiques. On a toute raison de croire, d'après les données actuelles des recherches expérimentales et histologiques, que ces îlots ne viennent pas des cellules migratrices et de corpuscules de tissu conjonctif émanés du chorion et de l'épithélium voisin, comme cela a été dit (Biesiadecki, Pagenstecher), mais d'un épithélium préformé, c'est-à-dire des débris des prolongements du réseau muqueux qui ont subsisté dans les points où le travail d'escharification n'a pas pénétré profondément; c'est surtout cette dernière condition que j'ai fait ressortir.

Le résultat de la cicatrisation est donc un tissu de néoformation dans lequel manquent des papilles, des poils et des follicules, — c'est-à-dire une cicatrice. Au début, elle ne correspond déjà plus tout à fait à la forme et à l'étendue de l'eschare, puisque, dès la période de granulation, il se produit une rétraction de la couche sous-cutanée et des parties voisines (Billroth); elle y correspond encore moins plus tard, puisque le tissu cicatriciel jeune se rétracte de plus en plus. C'est ainsi que la cicatrice devient d'autant plus irrégulière, inégale, rayonnée, contractée, tuméfiée, plissée, ou réticulée, que la perte de substance était plus grande et que la guérison a été plus lente.

Mais la carbonisation, l'escharification peuvent atteindre aussi, par places, le derme en entier et tous les tissus sous-jacents, y compris les os. Si cet état se produit sur une très grande étendue, on n'a plus alors affaire réellement à un malade, c'est-à-dire à un être vivant, puisque l'individu a dû perdre la vie longtemps auparavant dans les flammes, soit par asphyxie, soit par commotion.

J'ai jusqu'à présent décrit, pour ainsi dire, les phénomènes anatomiques de la brûlure, ceux qui sont produits directement par l'influence d'une haute température sur la peau, et ceux qui, suivant les lois physiologiques, surviennent localement après les premiers et représentent, dans leur totalité, les processus d'élimination et de régénération. Ils sont, les uns avec les autres, dans un rapport constant. Aussi la distinction de la brûlure d'après des degrés déterminés a-t-elle une base positive. Mais, avec ces symptômes locaux, le tableau morbide exact de la brûlure n'est pas terminé, car il s'y joint, du côté de l'organisme en général, d'autres phénomènes non moins importants

dont la mesure est donnée non par le degré de l'altération anatomique, mais bien par l'étendue de la lésion. Ces symptômes manquent complètement dans la brûlure au troisième degré très limitée, par exemple, atteignant la largeur de la main; ils peuvent au contraire survenir avec une brûlure au premier et deuxième degré, mais étendue à une grande partie de la peau.

Admettons un cas moyen, tel qu'il s'offre par exemple, alors qu'une personne a eu ses habits brûlés par des flammes d'alcool, de pétrole, de gaz ou le feu en général, cas dans lequel les flammes se dirigent toujours en haut, de manière que la face et les bras y sont le plus exposés, et, admettons aussi, si vous le voulez, que des témoins de l'accident aient étouffé le feu au bout de peu de minutes. Ordinairement, une ou deux heures après la catastrophe, on observe le tableau suivant :

Les poils de la barbe et les cheveux sont roussis par le feu; les mains et les avant-bras, quelques parties des bras, la face, les régions cervicale et claviculaire, la nuque, la région dorsale supérieure, et quelques points des membres inférieurs présentent des plaies par brûlure. Dans les régions où les vêtements sont appliqués intimement et comprimaient les tissus, la peau, en cas de brûlure rapide, est moins atteinte que dans d'autres régions; il en est ainsi sous le corset, à la taille et sous les jarretières.

La plus grande partie de la plaie représente une brûlure au premier et au second degré; à la face, à la poitrine, le plus souvent aussi au dos, on trouve des surfaces limitées présentant seulement une carbonisation brune, ou laissant voir des eschares blanches sous l'épiderme soulevé d'une manière mécanique par l'exsudation ou par les tentatives faites pour éteindre le feu. Il n'y a donc nulle part de brûlure du troisième degré, ou bien il n'en existe que dans une petite étendue.

Dès lors, l'évolution a lieu dans l'ordre suivant : le malade qui, pendant et immédiatement après la brûlure, était excité au plus haut degré, gesticulait comme un fou et poussait des cris de douleur, se calme aussitôt qu'on a recouvert, selon les règles de l'art, les plaies produites par la brûlure. Il supporte en silence la sensation de brûlure, ou il exprime tout au plus sa douleur par des soupirs et des gémissements ; du reste, il est redevenu tout à fait maître de lui, et il a recouvré toute sa force morale. Aux personnes qui l'interrogent, il raconte les détails de l'événement, et fournit, sur tout, les plus exacts renseignements. Le plus souvent, il n'a pas uriné depuis ce moment, et la sonde, introduite dans la vessie, ne ramène, en général, aucun liquide, tout au plus parfois quelques gouttes d'urine albumineuse (Wertheim), ou plus rarement sanguinolente. Au bout de cinq à six heures, il survient de temps à autre des bâillements et de profonds sou-

pirs, les paupières sont tenues fermées. Si on adresse la parole au malade, il ouvre les yeux et donne encore des réponses précises; mais il est impossible de ne pas constater chez lui une certaine apathie. Alors il survient des inspirations profondes, des éructations et des râles. C'est déjà un mauvais signe. Bientôt il se manifeste des vomissements de restes d'aliments, de liquide bilieux, rarement de sang.

Hebra déclare n'avoir pas obtenu dans ces cas d'écoulement de sang par la piqûre des différentes veines de la peau. Dans les saignées que j'ai pratiquées, le jet du sang était fort. Ensuite, il survient rapidement de l'excitation ; les malades s'agitent d'une manière désordonnée, ils ont des contractions cloniques, de l'opistothonos, et perdent entièrement connaissance. Puis un délire bruyant fait place à une somnolence tranquille, ou cette somnolence suit immédiatement la période de dépression. Avec ces phénomènes et une respiration faible, rapide et un pouls fuyant, s'éteignant, la mort arrive dans l'intervalle de dix-huit à vingt-quatre ou quarante-huit heures, au milieu des cris et de l'agitation ou dans la stupeur ; quelquefois, elle a été précédée par des hémorrhagies de l'estomac et de la vessie. Je n'ai encore vu guérir que très peu de malades chez lesquels on avait constaté de l'ischurie ou chez qui on avait observé des râles et des vomissements. Déjà les soupirs profonds et les éructations fréquentes sont, à mes yeux, un signe de fâcheux augure. Cependant, il peut encore se produire une résolution de ces premiers symptômes. J'ai constaté cette heureuse terminaison chez une femme, à la fin du deuxième jour, et je crus la malade sauvée, parce qu'il était survenu de la diurèse et que les vomissements avaient cessé. Mais, après un bien-être de deux jours, on vit se reproduire, à la fin du quatrième jour, toute la série des symptômes susmentionnés, qui se succédèrent rapidement, et, en quelques heures, tout fut fini. On a aussi observé, après une semaine, la même série de symptômes.

A l'autopsie, on trouve quelquefois des ulcérations dans le duodénum (ulcères de corrosion, Klebs et Hofmann), des érosions hémorrhagiques sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, la dégénérescence granuleuse des parois vasculaires, des muscles et des organes parenchymateux, de l'hyperhémie des méninges, de très bonne heure de la néphrite (Wertheim). Habituellement, le sang est coagulé, mais, le plus souvent, on ne trouve pas de lésions que l'on puisse considérer comme les causes véritables de la mort.

Tout l'ensemble des symptômes de cette première période qui suit immédiatement la brûlure, la marche prompte et l'issue fatale rapide, indiquent une intoxication générale. Il est évident que la lésion de la peau ne détermine pas ces phénomènes à titre d'inflammation, car,

pendant ces premières périodes on constate à peine de l'inflammation et de la suppuration. Aussi a-t-on essayé d'expliquer de différentes manières ce résultat immédiat, énigmatique de la brûlure : en voyant périr rapidement des animaux enduits de vernis, par suite de la suppression de la perspiration cutanée sur une grande étendue, on en a conclu à tort que les choses se passent de la même manière chez l'homme en cas de brûlure. Mais cela n'est nullement prouvé pour la brûlure du second degré ; et l'on ignore toujours pourquoi les deux tiers non attaqués de la surface cutanée et les reins ne pourraient pas contre-balancer rapidement cet accident, et pourquoi, au contraire, les fonctions rénales sont ordinairement tout à fait supprimées.

Comme Wertheim l'avait fait le premier (1865), d'autres auteurs (Ponfick, 1877; v. Lesser, 1880) ont appelé l'attention sur la présence dans le sang des sujets brûlés de petits corpuscules que l'on devrait considérer comme des dérivés des corpuscules rouges du sang, puisque en même temps un grand nombre d'entre eux paraissent dentelés, ratatinés, et qu'on a trouvé ces produits de désagrégation, outre la matière colorante du sang cristallisée, dans les canaux urinaires et dans les capillaires de l'arachnoïde (Wertheim), dans la rate et dans la moelle osseuse (Ponfick).

On peut se demander sans pouvoir l'expliquer si c'est à ces débris des corpuscules du sang ou à la mélanine qu'il faut attribuer la mort rapide ; v. Lesser explique ce fait de la manière suivante : beaucoup de corpuscules rouges du sang meurent non seulement comme le montrent leurs modifications visibles de forme, mais, de plus, un très grand nombre, ayant été échauffés outre mesure en traversant le foyer de la brûlure, deviennent incapables de fonctionner utilement pour la respiration et la nutrition, bien qu'ils aient conservé leur forme, par suite l'organisme étant momentanément pauvre en corpuscules du sang, oligo-cythémique, le refroidissement et la mort doivent en être la conséquence. Cette théorie peut s'appliquer à certaines variétés de brûlure, mais non à toutes.

Hoppe-Seyler a, par contre, directement démontré que, comme Tappeiner l'admet également, les corpuscules rouges du sang ne meurent ni matériellement en grande quantité, ni même ne deviennent impropres à fonctionner, puisque expérimentalement ils se combinent facilement avec l'oxygène et le cèdent de nouveau.

Une ancienne hypothèse émise à nouveau est celle que la mort par brûlure est occasionnée par des matières excrémentitielles retenues dans le sang (carbonate d'ammoniaque), ou par des matières toxiques qui peuvent être produites par des substances organiques décomposées par la chaleur et introduites dans le sang. L'anurie qui survient si fré-

quemment dans les brûlures graves, ainsi que l'absence constatée des lésions rénales, ne témoignent pas en faveur de cette théorie. Il en est de même de l'apparition accidentelle d'une albuminurie légère, ou de méthémoglobinurie (Hoppe-Seyler), elle n'explique rien; mais une hématoglobinurie excessive, comme celle que l'on a observée après des destructions considérables de corpuscules rouges du sang dans l'empoisonnement par le chlorate de potasse, l'acide pyrogallique, ne se voit pas dans la brûlure. On a souvent constaté, même expérimentalement (Falk), l'abaissement rapide de la température du corps après une brûlure étendue, tandis que Sonnenburg croit que la surélévation de la température du sang a pour conséquence directe la paralysie du cœur; mais dans la mort arrivant lentement, la pression du sang tombe par suite de la paralysie réflexe des vaisseaux, assertions que v. Lesser a de nouveau démontré n'être nullement prouvées et qui ont été aussi interprétées autrement. Il m'est également impossible de me ranger à la récente opinion de Tappeiner, appuyée sur des expériences, d'après laquelle la mort par brûlure survient à la suite d'une brusque et abondante perte de lymphe par les phlyctènes de la peau; car, dans la brûlure par la chaux vive et dans la brûlure diffuse du premier degré chez un enfant, et dans la carbonisation de grandes surfaces, on ne constate aucune perte de sérum, et pourtant la mort arrive, comme on le sait, d'une manière foudroyante.

Catiano établit sur une idée purement théorique l'hypothèse que la mort rapide par brûlure est occasionnée par de l'acide cyanhydrique qui, sous l'influence de la chaleur de la brûlure, se développe aux dépens du formiate d'ammoniaque qui existe sur la peau.

D'après tout ce que j'ai vu jusqu'à présent et ce que la pathologie expérimentale a pu expliquer relativement à cette question, je suis d'avis qu'il faut surtout tenir compte du choc nerveux; car j'ai vu la même marche se produire là où il n'était pas question de brûlure par températures élevées et dans toutes les espèces de mort par brûlure, telle que par l'eau bouillante et par des caustiques, quoique l'effet chimique doive être différent dans chacune de ces circonstances, par exemple dans la brûlure par l'action des flammes, de l'eau bouillante et de la chaux.

Si le sujet qui a été brûlé survit à cette première période, les lésions de la peau occupent le premier plan des symptômes, et la marche ultérieure se poursuit de la manière déjà décrite et selon les règles habituelles d'après lesquelles on voit, en général, se succéder l'inflammation, la suppuration, la chute des croûtes, la granulation, enfin la cicatrisation.

Dans le cas où, après la première ou la seconde semaine, l'in-

toxication ne s'est pas manifestée avec tous ces phénomènes, une issue fatale ne peut survenir que par le fait des accidents connus dans le domaine de la chirurgie générale, comme dans tous les processus de suppuration, par l'érysipèle, la pyémie, l'épuisement, par la pneumonie, ou par la maladie de Bright.

Toutefois, dans le cas de brûlures étendues, la mort subite avec collapsus rapide survient assez souvent dans le cours de la deuxième et de la troisième semaine, par conséquent à une époque où la suppuration et la granulation sont partout en activité.

D'après ce que je viens de dire, le pronostic immédiat dans les brûlures dépend tout d'abord de l'intensité et de l'étendue de la lésion locale; on peut, en principe, le porter favorable dans les brûlures du premier et du second degré, mais il est toujours douteux dans ce dernier cas, lorsque la brûlure est très étendue ou quand elle a frappé un sujet délicat (nourrisson). La brûlure du troisième degré, même lorsqu'elle n'occupe qu'une petite surface, est grave chez les individus jeunes, et se termine presque toujours fatalement; il en est encore ainsi lorsqu'elle coïncide avec des brûlures du deuxième degré, si elle a atteint un tiers de toute la surface cutanée. Si la mort n'est pas survenue immédiatement après l'accident, la marche ultérieure de la brûlure, ainsi que ses suites matérielles (durée de la maladie, lésions organiques et fonctionnelles des membres, atrésie de l'ouverture palpébrale, etc.), donnent lieu à des conséquences variables suivant l'épaisseur plus ou moins grande de l'eschare, selon le siège de la plaie, par l'idiosyncrasie individuelle et, — on peut bien aussi le dire, — selon le traitement.

Le traitement des brûlures doit avoir pour but premier le soulagement des douleurs aiguës. Pour le degré érythémateux, on peut se borner à l'emploi de la poudre d'amidon, de compresses imbibées d'eau froide, d'eau blanche; si la brûlure occupe une étendue peu considérable, on badigeonnera avec le collodion ou avec des substances analogues. L'inflammation une fois disparue, la desquamation n'exige aucun autre traitement.

Au second degré de la brûlure, il faut d'abord faire cesser la sensation de tension en perforant les bulles à leur partie inférieure, opération qui, aidée d'une douce compression au moyen de tampons de charpie imprégnés de poudre absorbante, permet l'issue du sérum. Il importe, cependant, de conserver la paroi des bulles, parce qu'elle constitue le meilleur moyen de protection pour les papilles dénudées, et que, grâce à elle, l'épidermisation se fait le plus souvent sans suppuration.

Dans une brûlure étendue, quel qu'en soit le degré, notamment s'il existe des bulles et des eschares, le contact de l'air occasionne les

plus vives douleurs, surtout là où l'épiderme est enlevé ; aussi a-t-on, de tout temps, recommandé de placer autant que possible les parties brûlées à l'abri du contact de l'air, au moyen de pansements souples et bien adaptés. Pour les brûlures limitées, on emploie de la toile ou du coton imbibés d'huile d'olive, de blancs d'œufs, d'huile de lin avec de l'eau de chaux (parties égales). On les laisse appliqués durant les premiers jours pour ne pas arracher, en les ôtant, l'enveloppe des bulles, et on empêche leur dessiccation par des attouchements fréquents avec ces mêmes liniments. On peut aussi appliquer sur ces appareils des compresses d'eau froide, si la sensation du froid est agréable au malade.

On a également, à différentes reprises, recommandé d'autres moyens de protection qui n'agissent en réalité que dans le même sens, comme le liniment calcaire, bien que quelques auteurs leur aient attribué une action très remarquable, puisqu'ils devaient mettre à l'abri de la suppuration et des cicatrices.

Nitsche conseillait de badigeonner les points brûlés avec du vernis (huile de lin et céruse) auquel on aurait ajouté en le chauffant 5 0/0 d'acide salicylique, d'étendre ainsi successivement plusieurs couches se désséchant graduellement et d'appliquer par-dessus un bandage. Ed. Busch recommande d'envelopper les parties de papier de gutta-percha bien imbibé d'huile et de mettre ensuite un bandage avec de l'ouate imbibée de colle. Johnston fait panser les parties brûlées avec du carbonate de soude dissous dans de l'eau camphrée, tandis que Herzenstein et Troizki vantent simplement la soude comme pansement dans les brûlures, sous forme de poudre pour les cas légers, en solution à 2 0/0 pour des enveloppements humides dans les brûlures du deuxième et du troisième degré.

Quel'que soit celui de ces pansements ou d'autres semblables qui ait été employé (le pansement à l'iodoforme peut rester plus longtemps), au bout de trois à cinq jours, s'il s'est formé de la suppuration sous le pansement, il est nécessaire de l'enlever et de le changer souvent pour empêcher la décomposition de la sécrétion. Comme on le comprend, ce pansement est accompagné de vives douleurs pour le malade, et, dans le cas de nombreuses brûlures, c'est aussi une grande tâche pour les garde-malades.

Le bain continu conseillé par Hebra présente des avantages qu'on ne saurait trop apprécier sous tous les rapports que j'ai énumérés, ainsi que pour le traitement ultérieur. Il consiste en une grande baignoire de zinc placée dans un bois de lit. Dans cette baignoire on met un cadre de fer ayant la forme d'un carré allongé, tendu transversalement de sangles et suspendu par des chaînes qui courent autour de deux rouleaux placés à la tête et au pied du lit. Le cadre comprend deux par-

ties, l'une pour la tête et l'autre pour le corps. La première peut être élevée à différentes hauteurs au moyen de charnières dentées, et tout l'appareil peut être soulevé et redescendu au moyen de manivelles et de roues dentées. Sur le cadre tendu de sangles, comme nous l'avons dit, on place un matelas ou des couvertures de laine pour recevoir le malade. On remplit la baignoire de la manière ordinaire et on descend le patient dans l'eau avec son lit flottant.

La manivelle sert à soulever le malade quand il a besoin d'uriner ou d'aller à la garde-robe.

Le brûlé trouve immédiatement l'eau trop chaude, c'est pourquoi elle ne doit avoir d'abord que 31° ou 32° centigrades. Aussitôt après il se produit un frisson, et il faut porter rapidement le bain à 40° ou 42° centigrades; le bien-être se produit et les douleurs ont presque entièrement cessé. Le bain continu ne remédie pas aux premiers symptômes de l'intoxication ni à la marche aiguë fatale. Les malades atteints de brûlures étendues meurent dans le bain aussi bien que hors du bain ; mais ils ont, du moins, été immédiatement délivrés de leurs douleurs.

Au contraire, le bain continu est un remède réel et un véritable bienfait pour le malade et pour les infirmiers pendant la période de suppuration. En effet, ces pauvres malades ne peuvent jamais être tenus suffisamment propres dans le lit, vu le temps qu'exige le pansement d'un grand nombre de plaies purulentes étendues; il leur est en même temps très douloureux d'être soulevés et retournés, et, malgré toute précaution, les draps s'attachent, puis s'arrachent; il se produit, en conséquence, ici des hémorrhagies, là des stagnations de pus fétide; en outre, il y a de la fièvre et imminence de septicémie, avec l'excitation nerveuse qui accompagne tout pansement. — Dans l'eau, au contraire, toute cette peine, toutes ces souffrances, tous ces dangers disparaissent. Le malade se repose et se meut à volonté, dort et mange, s'occupe, s'il n'a pas la fièvre, selon ses plaisirs et ses goûts, et les plaies sont toujours propres; elles se recouvrent de belles granulations, souvent même trop luxuriantes, si bien qu'on doit les réprimer suivant les méthodes connues.

Ainsi, le bain continu de Hebra est, du commencement à la fin, le meilleur moyen de protection contre les douleurs et, pendant la période de suppuration, il devient un remède direct et préférable aux autres, puisque dans l'eau la chute des eschares se produit plus rapidement que hors de l'eau, que la stagnation et la décomposition du pus sont à peine possibles, que le danger de septicémie, d'érysipèle est écarté, et que la fièvre cessant immédiatement, le sommeil et l'appétit se maintiennent, et l'organisme est mis à même de suffire à l'abondance de la

suppuration. Enfin, par l'éloignement de tous les inconvénients et dangers subjectifs et objectifs, qui l'accompagnent dans d'autres circonstances, la réparation prend une marche extrêmement favorable.

Je ne veux pas exposer ici les données théoriques que l'expérimentation physiologique a indiquées, par rapport à la manière dont se comporte le corps dans le bain. Ce qui est le plus important ici, c'est de faire ressortir, en premier lieu, que tous les malades atteints de perte considérable d'épiderme (telles que brûlures, pemphigus foliacé, gangrène ou plaies en suppuration) voient disparaître très rapidement leur fièvre dans le bain continu, qu'ils reprennent l'appétit et le sommeil, et qu'ils guérissent le plus rapidement possible. En second lieu, les expériences faites dans notre clinique (expériences recueillies en partie par Hans Hebra) ont montré que des malades ont pu séjourner dans l'eau trois cent quatre-vingt-cinq jours et autant de nuits, sans qu'il en soit résulté d'autre effet que leur guérison.

Dans la pratique privée, on peut de préférence se servir, pour le bain continu, d'une longue baignoire placée à une certaine hauteur, dans laquelle on met des couvertures de laine et des matelas en crin. Il faut toujours régler la température de l'eau d'après la sensation du malade, et la renouveler deux ou trois fois par jour, suivant les circonstances.

On peut aussi traiter les brûlures peu étendues au moyen de l'irrigation continue.

Quant au traitement à instituer si l'on n'a pas recours au bain, il consiste à enlever les eschares à mesure qu'elles se détachent, et à traiter les plaies en suppuration suivant des règles chirurgicales spéciales, en les tenant très propres et en les recouvrant avec des liniments, onguent simple, des cérats avec ou sans addition d'oxyde de zinc, de céruse, d'alun, d'huile phéniquée, de pâte phéniquée, d'opiats, de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformisée, etc.

Le traitement des plaies de brûlure à l'aide de l'iodoforme, que j'ai déjà indiqué, il y a quelques années, dans la deuxième édition de cet ouvrage, a été, dans ces derniers temps, chaudement recommandé par quelques médecins, Altschul, Mosetig, etc., premièrement en raison de son action sédative, et deuxièmement à cause de ses propriétés aseptiques. Le dernier point est juste. Mais je n'ai pas trouvé qu'il atténue plus la douleur que les autres moyens de protection connus.

Quant au deuxième point, on disposerait d'un énorme avantage si vraiment le pansement à l'iodoforme pouvait empêcher les plaies consécutives aux brûlures de suppurer. Or, c'est une erreur. Dès que la lésion anatomique est telle que non seulement l'épiderme est enlevé, mais encore que le chorion est épaissi, alors physiologiquement il n'est plus possible d'empêcher la chute de l'eschare et la guérison sans suppura-

tion et granulation. Par contre, il faut signaler comme un inconvénient considérable du traitement des plaies par l'iodoforme l'empoisonnement qui se produit peu à peu, et se manifeste par de l'agitation, de l'accélération du pouls, de la jactitation, du délire et le collapsus. Cet empoisonnement se produit même avec une application locale très limitée, par exemple dans la brûlure des deux mains; d'autant plus vite si cette application est faite sur de larges surfaces, sur le tronc. Comme j'ai vu des cas de cette nature, dans lesquels les phénomènes menaçants disparurent lorsque l'iodoforme était, sur ma demande, aussitôt mis de côté et les malades transportés dans une atmosphère libre d'iodoforme, et d'autres chez lesquels l'intervention fut trop tardive, je dois vous mettre en garde contre le traitement continu par l'iodoforme dans les brûlures.

En outre, avec les autres méthodes de traitement des plaies on peut, beaucoup plus facilement qu'avec le pansement à l'iodoforme, surveiller les granulations pour obtenir des cicatrices lisses.

Si, après la chute de l'eschare, les granulations deviennent trop luxuriantes, il faut les réprimer au moyen du crayon de nitrate d'argent, ou par des attouchements journaliers avec une solution de nitrate d'argent (1 sur 1 d'eau distillée), d'applications de charpie imbibée dans cette solution ou dans une solution plus étendue, ou par une pommade caustique (pom. émoll., 50 gr. ; nitrate d'argent, 0 gr. 15 cent. à 0 gr. 50 cent.). On maintient à niveau les bourgeons charnus à l'aide de ces derniers moyens, ou par des cautérisations énergiques et, si c'est nécessaire, renouvelées tous les jours ou tous les deux jours. Ces procédés si douloureux autrefois ont perdu à présent la plus grande partie de leur caractère effrayant, puisqu'on peut, avant la cautérisation, badigeonner la surface des plaies avec une solution à 5 0/0 de cocaïne et la rendre insensible. C'est seulement ainsi qu'on obtient des cicatrices unies, souples, peu rétractiles ultérieurement, et qu'on prévient des brides et des rétractions au niveau des articulations, au cou, etc., et d'autres conséquences fâcheuses de même nature. Mais le plus sûr moyen d'empêcher la direction vicieuse des doigts et en général des plis de la peau, c'est la cautérisation répétée chaque jour jusqu'à cicatrisation complète.

Cependant le traitement le plus rationnel ne peut pas empêcher que des brûlures très étendues, comprenant, par exemple, un membre tout entier ou la région dorsale, ne soient pas complètement cicatrisées même au bout de deux à trois ans, que les cicatrices récentes ne se déchirent de nouveau dans un point ou dans un autre, ne se désagrègent, ne soient détruites par des hémorrhagies, ou qu'il se produise ultérieurement des contractures entravant les fonctions.

Ce que j'ai dit relativement aux symptômes, aux suites, au pronostic et au traitement des brûlures proprement dites, s'applique aussi en général aux plaies analogues occasionnées par de véritables caustiques, par exemple par le vitriol, la chaux, etc.

A la suite d'un coup de foudre, on trouve sur la peau des taches rouges irrégulières ou des dessins bruns, et de diverses colorations, ramifiés comme des branches d'arbre, tels que Schefzik les a récemment reproduits, pouvant correspondre à des vaisseaux ou à des nerfs; ou bien il n'existe aucune trace de plaies.

CONGÉLATION, DERMITE PAR CONGÉLATION.

Je serai beaucoup plus bref en ce qui concerne les lésions de la peau occasionnées par des températures exceptionnellement basses, et que l'on désigne sous les noms de congélation, *dermite par congélation* ou *congélation.*

Sous l'influence longtemps prolongée d'une température absolument basse, et aussi, — mais chez des personnes prédisposées, — d'une température de 4 à 5 degrés au-dessous du point de congélation, les parties de la peau subissent des altérations que, comme celles de la brûlure, l'on peut diviser en trois degrés : dermite par congélation érythémateuse, bulleuse et escharotique.

La forme érythémateuse apparaît le plus souvent avec le caractère d'engelures, *perniones*. Leur siège principal est aux mains et aux pieds, plus rarement au nez, aux joues et aux oreilles (1). Elles ne surviennent que lorsque les parties de la peau atteintes ont été réchauffées après avoir été exposées au froid pendant longtemps, par conséquent le plus souvent dans la soirée et par la chaleur de la chambre ; ceux qui en sont atteints sont alors incommodés pendant plusieurs heures par des

---

(1) Les engelures du nez, des joues et des oreilles sont moins bien connues que celles des extrémités des membres ; elles sont souvent plus tenaces, prolongées et durent toute la saison d'hiver, amenant sur les joues et sur le nez rarement des ulcérations, mais très fréquemment une augmentation de volume et une déformation; sur les oreilles, des érosions de l'ourlet des pavillons, qui se confondent quelquefois bien étroitement avec l'asphyxie locale ou le lupus — Voy. les notes du Lupus — et qui laissent des cicatrices indélébiles — engelures chroniques.

Les engelures répétées et prolongées des mains, surtout chez les jeunes filles, produisent aussi aux extrémités des déformations hypertrophiques des mains qui leur sont très préjudiciables, et que des soins attentifs peuvent au moins atténuer.

E. B. — A. D.

picotements et par une vive démangeaison. La lésion se présente sous forme de plaques saillantes de la dimension de l'ongle du pouce jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs en argent, d'une coloration rouge vif à la périphérie et livide au centre. La douleur, la sensation de chaleur et le prurit augmentent régulièrement le soir, tandis que, dans la matinée, les engelures sont à peine sensibles à la pression.

Le froid occasionne la contraction des vaisseaux capillaires de régions limitées, dont la peau s'anémie, se refroidit et est ainsi rendue insensible. Mais probablement les capillaires deviennent en même temps parésiques, puisqu'ils se dilatent extraordinairement par la suite, ce qui donne lieu à des phénomènes d'hyperhémie passive, de cyanose, à des symptômes de stase, d'infiltration séreuse et d'inflammation lente. Cette dernière amène aussi l'issue d'un sérum sanguinolent sous l'épiderme des engelures, et, après, la rupture des bulles, la désagrégation nécrosique des couches les plus superficielles du chorion sous forme d'ulcères torpides, à marche très lente, reposant sur une base hémorrhagique, — *pernio ulcerans*. J'ai vu parfois résulter de cet état de la phlébite et de l'adénite avec des symptômes fébriles intenses.

Cette forme constitue en même temps le second degré de la congélation et peut survenir chez tous les individus dont la peau a été exposée pendant longtemps à un froid vif.

Ce sont surtout les sujets anémiques des deux sexes qui sont disposés aux engelures (1). Chez ces personnes on voit survenir des engelures dès les jours de pluie froide de l'automne et même de l'été, lorsque la température de l'air est tombée à peu près à 5 ou 6 degrés C., tandis que des personnes bien nourries et produisant assez de chaleur

---

(1) Cette prédisposition aux engelures est presque physiologique pendant la seconde enfance et la première jeunesse; combien y a-t-il de personnes qui n'aient jamais eu d'engelures entre cinq et quinze ans? Quand elle est très accentuée, elle coïncide avec un état habituel de parésie vasculaire des extrémités, mains rouges et habituellement froides, tuméfiées, volumineuses, souvent hyperidrosiques et elle est en rapport avec l'*état lymphatique*, scrofule de beaucoup d'auteurs, scrofule bénigne de Bazin. Il ne saurait être contesté que l'état « d'anémie », de délicatesse ou de faiblesse est aussi une condition favorable à la production des engelures, mais il y a de nombreuses exceptions dans les deux sens, quelques sujets parfaitement anémiques et délicats n'ayant jamais d'engelures, quelques autres, des moins anémiques et des plus vigoureux, en présentant régulièrement.

Le plus habituellement, la seconde jeunesse et l'âge adulte deviennent à l'abri des engelures; mais non toujours, et on les voit reparaître dans la vieillesse sans forme d'érythèmes livides, torpides.

E. B. — A. D.

peuvent s'exposer même à de grands froids sans contracter d'engelures. C'est pour cela que les premières souffrent régulièrement d'engelures à chaque saison froide pendant plusieurs années, — aussi longtemps que l'anémie persiste, — tandis que des sujets généralement robustes voient une congélation se produire très accidentellement sur une partie limitée de la peau, et alors, le plus souvent, c'est une congélation du deuxième ou du troisième degré.

Dans la congélation au troisième degré, on trouve de grosses bulles remplies d'une sérosité sanguinolente dont la base est constituée par un tissu hémorrhagique, ou bien la peau présente un aspect pâle, marbré de bleu; en même temps, elle est froide, rigide et insensible. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours et même de plusieurs semaines, que l'on constate à quel point les tissus sont mortifiés. Il se produit, en outre, un effet tout à fait inégal du froid, car la momification arrive en quelques points jusqu'à l'os, et l'os lui-même se nécrose, tandis que, dans d'autres, ce ne sont que les couches superficielles de la peau qui subissent la destruction; ou bien encore il se fait, dans des points intermédiaires, une nécrose profonde. A la limite de l'eschare, il s'établit une inflammation exfoliatrice et de la suppuration qui s'accompagnent de fièvre. Les suites de ces congélations sont la perte de quelques phalanges ou du membre entier; souvent aussi, la phlébite, la septicémie et la mort, si de bonne heure on n'a pas amputé la partie mortifiée,

Le pronostic de la congélation au troisième degré est très incertain par les raisons que j'ai indiquées, même lorsqu'elle n'a atteint que quelques orteils ou quelques doigts. Du reste, il faut encore observer qu'on ne peut se faire une juste idée de l'étendue et de la profondeur de la congélation qu'au bout de plusieurs jours, puisque la réaction ne survient que très tard et lentement; et que plus d'une partie paraissant insensible peut revenir à la vie, car, comme Billroth l'a dit avec raison, les vaisseaux sont en bien des points perméables et peuvent être encore traversés par le sang et devenir propres à la nutrition des tissus, tant que ces derniers n'ont pas été décomposés par la congélation directe de leurs éléments aqueux. Mais, avec la perméabilité des vaisseaux, existe aussi un plus grand danger pour la septicémie, puisque le courant sanguin qui les traverse peut entraîner des particules de tissu décomposé.

Dans la thérapie de la congélation escharotique, on est, dès le début, d'après les considérations qui précèdent, dans l'impossibilité d'agir d'une façon active; on essaie de ranimer peu à peu les parties congelées en les frottant avec de la neige pour rétablir la circulation. La nécessité de l'ablation chirurgicale partielle ou totale de parties

plus ou moins considérables de membres congelés est subordonnée à l'expérience chirurgicale de chacun. Il y a eu une savante discussion à la Société des médecins de Vienne, à l'occasion d'un intéressant discours de Billroth sur la gangrène spontanée. Tandis que Billroth plaidait, d'après son expérience, pour pratiquer l'amputation aussitôt que possible, Dumreicher et Dittel insistaient pour qu'on attendît jusqu'à ce que la gangrène se limitât. Dans la congélation des orteils et des doigts, j'ai trouvé qu'il était, pour les malades, préférable d'attendre, puisque les résultats sont en général plus avantageux qu'il n'était permis de l'espérer dès le début. Dans l'escharification arrivée jusqu'à la partie moyenne de la jambe, j'ai vu survenir la mort par septicémie, après une amputation faite tardivement, et je l'ai vue survenir aussi pendant la temporisation.

Si l'on se trouve en présence de sujets complètement raidis par le froid, il faut avant tout essayer de leur faire reprendre connaissance dans un endroit frais, par des frictions et par les moyens usités en pareil cas, et ce n'est qu'après avoir pourvu à cette indication principale qu'on portera son attention sur les congélations locales.

Contre les engelures érythémateuses (1), les meilleurs remèdes sont : les badigeonnages avec la teinture d'iode, la glycérine iodée, le collodion, l'acide nitrique étendu, le suc de citron, la gélatine, des pommades avec le sous-acétate de plomb (5 à 10 sur 40), de borax avec la créosote (0 gr. 5 décigr., sur 20 gr. d'excipient), de camphre (camphre en poudre 1 gr., craie blanche 40 gr., huile de lin 80 gr., baume du Pérou 1 gr. 50), le baume du Pérou, la levure de bière, des pansements contentifs avec l'emplâtre de litharge brûlée, des frictions avec la neige, des manuvules et des pédiluves chauds, — remèdes soit médicaux, soit populaires, en si grand nombre que déjà par là on peut comprendre leur impuissance. Il faut aussi recouvrir les parties ulcérées avec les pommades ou les emplâtres légèrement caustiques que j'ai

---

(1) Bien que les engelures, par leur nom même et en fait, soient bien des espèces de *gelures*, cependant leur véritable place n'est pas dans la description de la congélation proprement dite. — Elles constituent, en réalité, une variété de l'érythème multiforme qu'elles simulent quelquefois de très près sous les formes papuleuses, *érythème papuleux pernio*, et quelquefois même sous la forme des disques irisés variés de l'érythème hydroa; la saison froide et l'action du froid les produisent sans contestation; mais leur élément essentiel, l'érythème, en est le phénomène principal, et il n'y a aucune raison de les distraire du groupe auquel elles appartiennent légitimement; érythèmes de froid, nous le voulons bien, mais érythèmes.

E. B. — A. D.

cités, ouvrir les bulles et cautériser leur base au moyen de la pierre infernale.

A titre de prophylaxie, il est essentiel pour les personnes disposées à avoir des engelures, même sous l'influence d'un abaissement modéré de température, de porter des chaussures et des gants chauds, suffisamment larges et commodes, parce que la congélation se produit d'autant plus facilement que la compression détermine déjà un certain degré d'anémie dans la partie comprimée. Il faut, en outre, combattre la prédisposition aux congélations, par une médication appropriée chez les anémiques et les chlorotiques, à l'aide des ferrugineux et d'une meilleure alimentation (1).

---

(1) Ainsi que le fait remarquer l'auteur, sous la richesse exubérante de l'arsenal thérapeutique dont on dispose, il n'y a, en réalité, aucun moyen de guérir sûrement et rapidement toutes les engelures que l'on observe; le public le sait si bien qu'il recherche avec empressement toutes les recettes que lui fournissent le pharmacien, l'herboriste, ou la première personne venue; dans les hôpitaux, à moins que les engelures ne soient ulcérées, fissurées, eczématiques ou phlegmoneuses, quelquefois même nécrosiques superficiellement, qu'elles aient leur siège au nez ou aux oreilles, il est véritablement rare que l'on soit consulté pour elles.

La plupart des moyens indiqués par l'auteur, et dont on pourrait considérablement augmenter le nombre, sont des calmants ou des palliatifs dont l'action, malheureusement, n'est pas la même chez tous les sujets, de sorte qu'il faut souvent modifier la composition ou changer les doses.

La médication générale, aidée d'une hygiène appropriée, ne doit pas être négligée; même quand les engelures sont développées, le fer, l'arsenic, les préparations sulfureuses, le quinquina, l'huile de foie de morue, remplissent, selon les différents cas, des indications précises.

Dans l'engelure à forme asphyxique, surtout au nez et aux oreilles, l'administration un peu prolongée du *sulfate de quinine* produit quelquefois des résultats inespérés, même quand les sujets atteints ne sont pas paludéens, à plus forte raison s'ils le sont; les *inhalations d'oxygène*, sérieusement exécutées, ont également une action manifeste.

Localement, à toutes les périodes, nous avons souvent montré quels bénéfices on retirait des bains tièdes *locaux*, ou des enveloppements de compresses imprégnées de décoctions de feuilles de noyer ou de feuilles d'eucalyptus, 5 grammes par litre.

Mais c'est surtout à titre *prophylactique* que la médication générale appropriée, des précautions prises dès les premiers froids, l'emploi quotidien des bains tièdes de feuilles de noyer, d'un quart d'heure de durée, suivis de frictions légères avec une flanelle aspergée d'alcool camphré, ou des applications faibles de teinture d'iode non altérée, réussissent le plus sûrement. Les extrémités, après le bain et les frictions, doivent être soigneusement poudrées à l'amidon; les doigts des

VINGT ET UNIÈME LEÇON

b. INFLAMMATIONS SYMPTOMATIQUES OU INFECTIEUSES DE LA PEAU.

Inflammation érythémateuse diffuse; causes : infection toxique, bactérienne. Érysipèle : forme phlegmoneuse. Pseudo-érysipèle. Formes circonscrites : furoncles, anthrax (idiopathique et symptomatique); formes endémiques : bouton d'Alep. Zoonoses : morve, piqûre anatomique, pustule maligne.

Les inflammations symptomatiques de la peau forment, par leurs causes et en raison de leur nature, un contraste frappant avec les inflammations idiopathiques dont j'ai parlé d'abord. Tandis que celles-ci représentent un résultat direct d'influences nocives externes, ou du moins dont l'action ne s'exerce que localement, et sont entièrement proportionnelles à l'intensité et à l'étendue mécanique, nerveuse, chimique et dynamique de cette cause nuisible, les inflammations symptomatiques de la peau, une fois produites, prennent une forme et suivent une marche qu'il est impossible d'expliquer exactement par l'action de la cause supposée.

En effet, les conditions occasionnelles des inflammations symptomatiques ne sont pas encore exactement connues ; mais on peut, cependant, les apprécier d'après leurs caractères généraux, et les considérer comme représentées par des agents toxiques ou irritants, qui sont directement ou indirectement d'origine animale, soit qu'ils proviennent de l'individu lui-même ou d'un autre individu, soit qu'ils viennent d'un animal. C'est une question encore très controversée de savoir si ces substances ne sont pas des produits de la décomposition des tissus animaux ou des éléments organisés (micrococcus, bactérie, bactéridie), ou de nouveau des produits de sécrétion ou de désagrégation de ces derniers, de la nature des ptomaïnes. Quoi qu'il en soit, on pense que, déposés à la surface d'une plaie ou d'une manière quelconque, dans les lymphatiques, ils occasionnent une inflammation qui peut s'étendre plus ou moins, puis se terminer comme une affection

---

pieds, séparés par de petits fragments de coton hydrophile renouvelés chaque jour; les bas et les chaussures doivent être mis à l'abri de l'humidité et assez larges pour n'exercer aucune compression. Enfin, l'usage des chaufferettes de toute espèce, l'exposition à la chaleur du foyer, ou à une source directe quelconque de calorique, doivent être absolument proscrits.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

simple de la peau, ou entraîner la maladie de l'organisme tout entier ; telles, par exemple, l'intoxication cadavérique, l'infection par le sang de rate, par le venin de serpent, par la morve. D'autre part, ces agents nocifs, provenant d'un foyer morbide appartenant au malade lui-même, d'un foyer en suppuration, rétro-utérin, par exemple, ou cutané, d'une pustule de la peau ou de toute autre source cachée, et arrivant dans les voies vasculaires, déterminent à la fois l'inflammation de la peau et la maladie de l'organisme tout entier, comme dans l'érysipèle, le furoncle, l'anthrax.

A ce point de vue, on peut considérer les inflammations cutanées symptomatiques comme des maladies par infection locale ou générale ; cependant, comme je l'ai déjà dit, cette conception n'est pas fondée pour tous les cas ; elle ne l'est pas, par exemple, pour tous les furoncles.

Suivant leur caractère clinique, les inflammations symptomatiques de la peau se manifestent ou sous une forme diffuse, comme l'érysipèle et le pseudo-érysipèle (le premier avec un exsudat plus séreux, le second avec un exsudat plus plastique), ou sous forme de foyers circonscrits, comme le furoncle, l'anthrax, la pustule maligne, la morve, le bouton d'Alep.

Relativement à l'intensité des modifications qu'elles produisent dans les tissus, nous divisons les formes d'inflammation dont il est ici question en érythémateuse et en phlegmoneuse.

A titre d'inflammation érythémateuse, il faut d'abord citer l'érysipèle.

ÉRYSIPÈLE (1)

L'érysipèle, *Rothlauf*, *Rose*, est une inflammation de la peau, commençant généralement par un mouvement fébrile qui en accompagne ultérieurement le cours, inflammation qui se manifeste par une rougeur diffuse, douloureuse, et par une tuméfaction de la peau, et qui,

---

(1) L'érysipèle ne peut être aujourd'hui classé dans aucune des catégories où l'ancienne nosologie le plaçait, et l'on ne peut pas davantage dire, avec l'auteur, qu'il constitue une « inflammation érythémateuse », ce qui l'assimilerait aux érythèmes. C'est ainsi que Renaut l'a depuis longtemps précisé — Voy. art. Dermatoses du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* — une *dermite* congestive, à la définition de laquelle il faut ajouter les mots de *infectieuse*, *parasitaire* et *transmissible* — *streptococcus* de Fehleisen. — Cette question, aujourd'hui considérable, ne peut être traitée avec les développements nécessaires dans un traité élémentaire de dermatologie. — Le lecteur qui voudra

suivant ordinairement une marche aiguë, se termine par desquamation.

On ne peut pas méconnaître dans les symptômes et dans le cours de la maladie une certaine analogie avec ceux des exanthèmes aigus.

Communément, douze à vingt-quatre heures avant l'apparition de l'érysipèle, il survient un frisson suivi d'une période de chaleur, de phénomènes gastriques, de vomissements et de symptômes généraux concomitants, semblables à ceux qui constituent ce qu'on appelle la fièvre d'éruption des exanthèmes.

L'inflammation érysipélateuse apparaît sur un point limité de la peau, de l'étendue environ d'une pièce de cinq francs en argent, avec sensation de tension, de douleur, ou avec un prurit modéré, sous forme d'une tache élevée, irrégulièrement circonscrite, dont le bord est en général bien tranché, rouge, et dans la sphère de laquelle la peau paraît unie, brillante, — érysipèle glabre, — elle est au toucher chaude, dure et douloureuse, et, si l'on fait disparaître la rougeur par la pression, elle conserve une coloration jaunâtre.

Les jours suivants, l'inflammation se propage d'une manière assez égale à la peau voisine, de telle sorte que, dans l'intervalle de deux à trois jours, la tache a déjà l'étendue de la paume de la main ou même une largeur double. Dans les cas moyens, le processus atteint son summum en peu de jours, de trois à cinq environ, et reste ensuite stationnaire à partir de ce moment, — érysipèle fixe. La fièvre qui l'avait accompagné avec des exacerbations vespérales et une température de 39 à 41° C., insomnie, céphalalgie, léger délire, sécheresse de la langue, etc., disparaissent, et l'inflammation cutanée s'efface peu à peu. La rougeur vive des points érysipélateux passe au rouge bleu, au rouge brun et au brun pâle; la turgescence et l'induration cèdent peu à peu, l'épiderme coloré en brun se détache sous forme de squames ou de petites lamelles, et la peau reprend son aspect normal. L'appétit et le sommeil reviennent graduellement à mesure que l'affection cutanée disparaît.

Selon l'étendue du processus, la marche de la maladie dure de huit

---

prendre une notion exacte de l'état actuel de la science trouvera tous les éclaircissements nécessaires dans le remarquable article Érysipèle du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rédigé par A. Vautrin, P. Spillmann et L. Ganzinotty, Paris, 1887. Il y trouvera en outre indiquée, depuis Piorry jusqu'à Pasteur et à son école, la part considérable qui revient aux auteurs français, et que le texte courant omet d'indiquer.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

à quinze jours ; mais ce type, que l'on observe très fréquemment, comporte des différences de tout ordre et dans toutes les directions.

Tantôt l'affection de la peau, bien que de très mauvais aspect, ne dépasse pas l'étendue approximative d'une pièce de cinq francs en argent, reste fixe dès le commencement et se termine sans aucun phénomène fébrile, sans aucun symptôme général. Cependant, dans ce cas aussi, l'affection locale peut durer plusieurs jours et ne disparaître que lentement.

D'autre part, il y a des variétés relatives au degré et à l'étendue de l'inflammation. Ainsi, le processus phlegmasique peut atteindre une telle intensité, que l'infiltration séreuse dans le stratum épidermique amène la formation de vésicules et de bulles qui s'élèvent çà et là sur la peau très tuméfiée, — érysipèle vésiculeux et bulleux. Cette forme, par la suppuration du contenu des bulles, produit l'érysipèle pustuleux et, par sa dessiccation, l'érysipèle croûteux. L'infiltration peut devenir très intense dans le chorion même, et amener soit la gangrène par pression et compression mécaniques des vaisseaux (ainsi qu'on l'observe parfois aux paupières, au pénis, au scrotum et au sacrum), — soit la fonte cellulaire purulente des tissus, des furoncles et des abcès.

Mais ce que l'on appelle *migration de l'érysipèle* est plus important pour l'appréciation du cours général de l'affection que ces particularités dans la modalité de l'évolution locale, — érysipèle ambulant. Tandis que, dans le type normal, l'inflammation ayant pris une extension modérée s'arrête et, après une courte durée, disparaît complètement, celle-ci, dans l'érysipèle ambulant, continue de progresser dans une ou plusieurs directions, pendant que, du côté primitivement atteint, la guérison s'effectue parallèlement. L'accroissement se fait toujours du côté des bords tuméfiés, nettement délimités, par des poussées centrifuges régulières de ces bords ou par des prolongements dentelés qui, comme l'a démontré Pfleger, suivent les sillons de la peau décrits par Langer, tandis que la régression se produit du côté où les bords restent plats, effacés. En progressant de cette manière, l'érysipèle peut parcourir de très grands espaces du tégument, même la surface cutanée tout entière, et, en revenant au point de départ, recommencer une deuxième fois le cycle. Sur les points déjà guéris, il survient alors de nouveaux centres d'érysipèle; et des surfaces érysipélateuses isolées peuvent se relier ensemble par des stries et des lignes colorées en rouge rose tendre, telles qu'on les observe dans la lymphangite, et, le long de ces stries, pénétrer les unes dans les autres et, plus tard, se confondre selon un dessin mal délimité. Cette marche dure de quatre à six semaines, pendant lesquelles les malades sont très affaiblis, en partie par la perte matérielle que l'exsudation abondante entraîne, en partie

par la fièvre qui présente les mêmes exacerbations que l'érysipèle et les indique chaque fois, soit par l'élévation de la température et par la fréquence du pouls, soit par des frissons. On voit des exanthèmes chroniques, tels que la syphilis, le psoriasis, le lupus, guérir pendant le cours d'un érysipèle intense, comme dans le cours d'autres affections fébriles, — érysipèle salutaire (1). A mesure que l'érysipèle parcourt des surfaces cutanées plus étendues et dure plus longtemps, on voit augmenter aussi les occasions et les dangers des complications, au nombre desquelles il faut placer le délire, la somnolence, l'œdème du cerveau, la méningite, l'œdème des poumons, la pneumonie, l'œdème de la glotte, la pleurésie, l'endocardite et la péricardite, l'inflammation et la suppuration métastatiques des articulations, des tissus fibreux, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et particulièrement la pyémie.

Comme localisation, c'est l'érysipèle de la face que l'on observe le plus fréquemment. Cette forme d'érysipèle part ordinairement d'un point du nez ou des joues, quelquefois, comme il est facile de le démontrer, de la muqueuse nasale ou pharyngienne ; c'est dans ces cas qu'il peut être question d'un érysipèle de la muqueuse. Toute la face peut en être atteinte successivement ou en même temps ; elle est alors extrêmement tuméfiée, les lèvres sont gonflées, écartées, il s'écoule de la bouche une salive abondante, la langue est rouge brun, sèche, fendillée ; les muqueuses pharyngienne et palatine sont comme vernissées, sèches, brillantes ; les paupières œdématiées, fermées, quelquefois gangrenées; le pavillon de l'oreille est épaissi, écarté; le conduit auditif presque obstrué par le gonflement; en divers points de la peau, il y a des bulles et des croûtes.

---

(1) Il ne faut pas trop prendre à la lettre l'érysipèle « *salutaire* », et surtout n'en pas favoriser l'éclosion. Même quand un érysipèle *paraît* être favorable à l'évolution d'une lésion cutanée, il est toujours redoutable par les localisations viscérales qu'il peut réaliser, notamment sur le cœur et sur le rein; nous avons observé, par exemple, le premier début d'une cardiopathie, ultérieurement grave et irrémissible, pendant le cours d'un érysipèle nosocomial survenu chez une jeune fille traitée par nous pour un lupus dont l'évolution fut *momentanément* enrayée par la dermite érysipélateuse. On sait aujourd'hui, d'autre part, que les essais de guérison des néoplasmes en général par l'inoculation érysipélateuse ont été négatifs ou funestes.

Quant à la guérison *vraie*, *définitive* d'un lupus *véritable* par un érysipèle, nous ne l'avons jamais observée; jamais pour un psoriasis *incontestable;* mais seulement pour quelques syphilides, qui auraient guéri moins dangereusement sans cette complication.

E. B. — A. D.

Le malade délire, la température est élevée (41° C.), le pouls est plein, accéléré, ou bien il survient des phénomènes de dépression, ralentissement du pouls, apathie, somnolence; les symptômes cérébraux sont ordinairement graves, surtout quand l'érysipèle envahit le cuir chevelu; c'est seulement après avoir gagné toute la face que la phlegmasie apparaît à la nuque et aux épaules. Au cuir chevelu, la maladie se trahit surtout par une vive douleur au contact, les cheveux recouvrant et cachant le foyer morbide. Après la cessation de l'inflammation, les cheveux tombent en grande partie; parfois même la dépilation est rapide et complète, ce qui s'explique par ce fait qu'il y a aussi de l'exsudation dans les follicules (Haight), exsudation qui concourt, avec la séborrhée consécutive, à isoler les gaines des racines de la membrane hyaloïde.

Chez les individus âgés et chez les alcooliques, l'érysipèle peut être aggravé, indépendamment des complications déjà mentionnées, par l'œdème du poumon et du cerveau, mais le plus souvent il guérit.

Certaines personnes sont atteintes à différentes reprises, pendant plusieurs années, d'érysipèle de la face : il se produit alors habituellement une dureté et un épaississement persistant de la peau des joues — éléphantiasis, pachydermie.

L'érysipèle peut avoir son point de départ sur toutes les autres parties du corps, plaies, foyers d'inflammation et de suppuration de toute nature, chez les nouveau-nés souvent au nombril enflammé, — érysipèle de l'ombilic, — et ce fréquemment avec une terminaison fatale; sur les points vaccinés, — érysipèle vaccinal; — sur les parties génitales des femmes en couches, — érysipèle puerpéral; — sur les membres des sujets atteints de varices, d'excoriations, de pustules.

Les causes occasionnelles de l'érysipèle que je viens d'énumérer, ainsi que la fréquence de telle ou telle localisation, sont en rapport avec l'étiologie spéciale de l'érysipèle. Avec Hebra, Billroth et la plupart des pathologistes modernes, j'étais et je suis encore loin d'être convaincu que l'érysipèle ne se produit jamais autrement que par l'absorption de substances quelconques provoquant de l'inflammation dans les vaisseaux et canaux lymphatiques de la peau (substances phlogogènes et pyrogènes, Billroth), et produisent la fièvre. A l'appui de cette théorie, on invoque, d'une part, l'apparition dans l'érysipèle de ces raies rouges citées précédemment et qui suivent le trajet des vaisseaux, de telle façon que je suis disposé à considérer l'érysipèle comme une lymphangite capillaire de la peau. D'un autre côté, on peut, dans la plupart des cas, découvrir un foyer d'inflammation et de suppuration capable précisément d'engendrer ces matières pyrogènes (produits organiques de décomposition en général), et dans lequel la lymphan-

gite et l'érysipèle ont leur point de départ, qu'il s'agisse d'un abcès cutané, de la carie d'une côte ou d'un foyer purulent dans l'espace de Douglas. Enfin, l'expérience a démontré que, le plus souvent, l'inflammation disparaît immédiatement, lorsque, par l'enlèvement des croûtes sur la peau, ou l'incision de l'abcès, on ouvre une issue au pus dont la stagnation et la décomposition avaient donné naissance à l'érysipèle comme conséquence d'une espèce d'auto-infection.

Relativement à l'érysipèle de la face, on croit pourtant, en général, qu'il peut se développer sous l'influence d'un refroidissement. J'insiste sur cette remarque, que, étiologiquement parlant, il en est de même de l'érysipèle des membres. Si l'on en recherche soigneusement l'origine, on la trouvera dans la carie d'une dent (érysipèle odontalgique), dans l'eczéma, le lupus, la scrofulose ou la syphilis de la muqueuse nasale, dans un abcès rétro-pharyngien, etc. On admet, en général, que lorsqu'un sujet a été une fois atteint d'un érysipèle de la face, il est particulièrement disposé à des récidives. Le fait est exact, non parce que l'individu se refroidit plus facilement, mais parce que les causes irritatives sont telles qu'elles passent chez lui à l'état chronique (rhinite scrofuleuse, eczéma et lupus du nez) et que, par conséquent, elles fournissent souvent les matières génératrices de l'érysipèle (1). Il appartient aussi à la thérapeutique rationnelle d'apprécier convenablement ces conditions.

Cependant, ce mécanisme ne donne pas la clef de l'étiologie de l'érysipèle pour tous les cas. A certaines époques, dans ce pays, surtout au printemps et à l'automne, l'érysipèle survient plus fréquemment, aussi bien chez des personnes d'ailleurs en bonne santé, que dans les hôpitaux, comme complications des plaies (érysipèle traumatique, érysipèle nosocomial, épidémique). On admet que cet érysipèle septique est même directement contagieux, que cela ait lieu au moyen d'une substance volatile (Volkmann) ou de germes morbides organiques, bactéries, micrococcus (Lukomsky, Orth, Ponfick, Zuelzer, etc.);

---

(1) Tout cela est vrai; mais il faut ajouter que l'individu qui a été une première fois ensemencé par l'irritant érysipélateux peut en conserver les germes sous forme de virus habituellement *atténué*. — Si l'on veut bien examiner ces individus qui ont l'*érysipèle récidivant*, on verra qu'ils conservent régulièrement des lésions latentes, des ganglions indolents qui, à certaines périodes ou sous certaines influences, redeviennent fertiles. — On sait d'ailleurs depuis les travaux de Verneuil que l'on peut admettre, sans dépasser les limites de l'observation, un véritable « *microbisme latent* », analogue à celui dont la syphilis et la tuberculose, pour ne citer que les plus nets, montrent clairement l'existence incontestable.

F. B. — A. D.

on a reconnu que des injections faites avec des produits érysipélateux, chez des animaux, étaient très toxiques. Cependant on ignore encore si cet agent est organisé ou non, ou s'il n'est que d'une nature chimique.

Ce n'est que depuis que R. Koch et, plus tard, Fehleisen ont constaté la présence du coccus de l'érysipèle, non seulement en grande masse dans les vaisseaux lymphatiques (jamais dans les vaisseaux sanguins, ni dans le sang) du foyer érysipélateux, mais encore l'ont cultivé, que l'on peut voir dans ce micro-organisme le coccus spécifique de l'érysipèle. En outre, soit expérimentalement, soit dans un but curatif, on a réussi à provoquer la résorption de tumeurs incurables (cancers) par un érysipèle déterminé artificiellement (érysipèle salutaire), et aussi chez l'homme au moyen de cultures de cocci fournies par Fehleisen, à déterminer un érysipèle typique, accompagné de frissons et de fièvre, ayant même une évolution fatale (Fehleisen, Janicke et Neisser).

Cependant je dois faire remarquer qu'il n'est pas absolument démontré que ce seul streptococcus et non un autre microbe ou même une substance toxique de nature non organisée, du genre de celles mentionnées ci-dessus, puisse occasionner un érysipèle ou, en réalité, être la cause de l'érysipèle de formes et de conditions différentes.

M'appuyant, avec cette réserve, sur mes expériences dans les diverses maladies de la peau (abstraction faite de l'action particulière du venin de serpent), je soutiens comme un fait général que tout foyer purulent, sous-épidermique (pustule) ou cutané et sous-cutané (abcès), quel que soit son volume, peut être l'origine d'un érysipèle, aussi longtemps que le pus est empoisonné; l'érysipèle disparaît immédiatement, aussitôt que l'on a donné issue au pus. Mais je dois renoncer à établir d'une manière plus précise cette opinion qui m'est personnelle.

Outre les causes générales indiquées ci-dessus, il existe, comme il a déjà été dit, certaines causes occasionnelles, et principalement des circonstances prédisposantes; parmi celles-ci, il faut signaler l'état puerpéral. Les femmes en couches sont très disposées à l'érysipèle ; chez elles, les nombreuses plaies de l'appareil sexuel constituent les portes d'entrée les plus favorables pour la pénétration des substances septiques provenant de leur propre corps, ainsi que de celles arrivant du dehors. Les praticiens craignent donc avec raison de laisser soigner les accouchées par les sages-femmes et les gardes qui sont en contact avec des malades atteints d'érysipèle. L'expérience a appris que, dans ces conditions, il survient très facilement un processus puerpéral. Une grande partie de la fièvre puerpérale et du processus puerpéral est depuis longtemps connue sous le nom d'érysipèle infectieux ou phlegmon sep-

tique ; car, outre l'érysipèle de la peau, ou même en dehors de celui-ci, on voit survenir une inflammation érysipélateuse du vagin, de l'utérus et du péritoine (érysipèle grave interne, Virchow), avec les terminaisons possibles bien connues en suppuration fétide et, souvent, la mort par suite de ces lésions.

Chez les enfants à la mamelle l'érysipèle part souvent du nombril (érysipèle de l'ombilic, chez les vaccinés des points inoculés (érysipèle vaccinal).

La modification anatomique de la peau dans l'érysipèle consiste essentiellement en une infiltration de tout le tégument, épiderme, chorion et tissu cellulaire sous-cutané par un exsudat en majeure partie séreux. Cependant cet exsudat n'est nullement pauvre en cellules, bien que n'étant pas aussi riche en cellules exsudatives que l'exsudat plastique de l'inflammation phlegmoneuse de la peau. Tuméfaction, trouble, division des noyaux, tiraillement, allongement des cellules du réseau muqueux en un appareil réticulaire (comme dans les bulles), tels sont les effets de cette exsudation dans l'épiderme; dans le chorion, gonflement des fibrilles du tissu conjonctif, dilatation des espaces lymphatiques, tandis que, autour des vaisseaux sanguins élargis, se rangent en grande quantité des cellules d'exsudat.

On trouve dans les vaisseaux et dans les espaces lymphatiques les amas épais du coccus indiqué ci-dessus. Fehleisen décrit cet état dans les termes suivants : « Les vaisseaux lymphatiques de la peau ainsi que ceux du tissu graisseux sous-cutané, mais principalement ceux de la couche superficielle du chorion, sont remplis d'un micrococcus formant des chaînettes. Dans les points où l'on a trouvé un développement particulièrement considérable de micrococci, ils existent aussi dans les espaces et les canalicules lymphatiques de la peau. Mais jamais ils ne pénètrent dans les vaisseaux sanguins. Dans les parties tout récemment affectées de la peau, qui, macroscopiquement, ne laissent reconnaître encore aucune modification, on ne constate pas de réaction du côté des tissus. Au contraire, dans la zone la plus rapprochée, à peu près sur la limite nettement accusée d'un érysipèle marginé, la modification inflammatoire commence. Le tissu du derme est gonflé, le long des vaisseaux lymphatiques remplis de micrococci il existe une infiltration de petites cellules plus ou moins prononcée. Enfin, dans des portions encore plus anciennes de la peau malade il y a simplement un infiltrat de petites cellules, mais on ne voit plus de micrococci. Il se produit également de l'exsudation dans les glandes sébacées et dans les follicules pileux, laquelle a pour conséquence le relâchement des gaines de la racine, la chute consécutive des poils et la prolifération cellulaire prolongée sous forme de séborrhée. La nature de l'exsudat ainsi com-

prise et celle du tissu lui-même expliquent les symptômes cliniques locaux, ainsi que la restitution *ad integrum*, une fois la résorption de l'exsudation faite.

Lorsque le contenu cellulaire et la plasticité de l'exsudat augmentent rapidement, on constate en différents points les symptômes de l'inflammation phlegmoneuse de la peau, abcès miliaires et communs, plaques gangreneuses.

En cas d'érysipèle revenant fréquemment dans la même région, comme à la face, aux jambes, une partie de l'exsudat séreux subsiste parfois, et s'accumule alors sous forme d'œdème chronique, ayant les caractères de l'œdème dit lymphatique (Virchow) (1), qui contient de très nombreuses cellules d'exsudat. Ces dernières se transforment avec le temps en corpuscules de tissu conjonctif et se réunissent en fibrilles (Young). C'est ainsi qu'il en résulte un tissu conjonctif nouveau et un épaississement de la peau atteinte, — pachydermie. On voit alors, comme je l'ai déjà dit, après des érysipèles récidivés, les joues, les oreilles, les lèvres, rester épaissies ; il en est de même aux jambes.

On voit quelquefois aussi l'érysipèle exercer une action consécutive favorable, par exemple la régression, voire même la disparition complète d'infiltrats chroniques, inflammatoires et néoplasiques, de tumeurs bénignes et malignes ; dans ces cas, l'érysipèle a mérité l'épithète de « salutaire ». Que des dermatoses chroniques, comme l'ezcéma, le psoriasis, même des syphilides, disparaissent sous l'influence de l'érysipèle, on peut l'attribuer à la fièvre qui accompagne l'érysipèle ; la fièvre peut avoir en toutes circonstances cette même influence. Mais nous avons en vue l'effet local, d'autant que foyer érysipélateux et foyer de dermatoses ou de néoplasies coïncident. Le Dr Bieder en a récemment communiqué un cas très remarquable : chez un enfant de neuf ans, un sarcome déclaré inopérable, remplissant com-

---

(1) Il est impossible d'omettre ici les noms de Vulpian, qui a établi, le premier, les caractères de la dermite congestive érysipélateuse, avec infiltration de tous les espaces interfasciculaires du derme distendus par les globules blancs sortis des vaisseaux, — *Arch. de physiologie*, 1868 — et de J. Renaut, 1873, 1874, dont les recherches — *Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau* — ont montré que les cellules fixes du tissu connectif *prolifèrent* et fournissent un certain contingent d'éléments migrateurs, et ont, en outre, établi l'inflammation constante du « pannicule adipeux souscutané » (hypoderme), lequel reste à l'état embryonnaire, et constitue, en majeure partie, la cause de l'induration en masse que l'on observe dans l'érysipèle vrai.

E. B. — A. D.

plètement l'espace naso-pharyngien et menaçant d'amener la mort par suffocation, disparut complètement en très peu de temps, grâce à l'effet exercé par un érysipèle survenu accidentellement.

Appuyés sur cette expérience, Busch, Volkmann, Fehleisen, Janicke et Neisser, ces derniers avec des cocci de cultures pures d'érysipèle, les premiers avec de la matière érysipélateuse, ont fait des inoculations tout autour de tumeurs malignes et ont provoqué ainsi artificiellement un érysipèle. Le succès, quant au résultat final, ne fut rien moins qu'encourageant; mais toutefois les derniers des auteurs susnommés déclarent avoir, à l'autopsie, constaté histologiquement la régression du néoplasme malin dans les points où l'on reconnaissait que des cocci de l'érysipèle avaient émigré en grand nombre.

Le diagnostic de l'érysipèle n'est pas toujours facile, si l'on tient compte des caractères que j'ai décrits; on peut le confondre avec l'érythème, la dermite phlegmoneuse et, spécialement dans sa forme bulleuse, avec l'eczéma aigu.

Le pronostic est, en général, favorable. La plupart des cas se terminent par la guérison. Sur 241 cas d'érysipèle qui ont été observés à l'Hôpital général dans les années 1883 et 1884, 32 eurent une terminaison fatale, c'est-à-dire 13.3 0/0. Mais dans ce nombre sont comprises toutes les formes d'érysipèle de la face, du tronc et des membres, ainsi que l'érysipèle type des plaies, comme aussi tous les cas dans lesquels il existait antérieurement à l'érysipèle une maladie de Bright, de la tuberculose, du marasme sénile et des états graves analogues. L'analyse attentive des cas montre que la mortalité à la suite de l'érysipèle est beaucoup plus faible. Dans l'espace de dix ans, de 1875 à 1884, il a été traité dans notre clinique et division dermatologiques, 157 cas d'érysipèle (79 hommes et 78 femmes), parmi lesquels 127 cas d'érysipèle de la face. De ce nombre, 7 moururent, donc 5.5 0/0. Mais tous les cas de mort concernaient des sujets atteints de marasme sénile ou de maladie de Bright chronique, parmi lesquels deux personnes dans l'état puerpéral. Pour l'érysipèle simple non compliqué de la face, la mortalité peut être de 1 à 2 0/0. Les individus atteints de marasme sénile, de maladies du cœur et des vaisseaux, d'alcoolisme, ainsi que ceux dans l'état puerpéral, sont en général le plus gravement compromis.

En ce qui concerne l'érysipèle du tronc et des membres, le pronostic dépend en première ligne du processus étiologique local, et il est impossible ici d'apprécier le rapport de mortalité. Cependant, en toutes circonstances, il convient d'être prudent en matière de pronostic, car on ne peut jamais savoir absolument quelle extension le processus prendra, et s'il ne surgira pas de complications graves.

J'ai déjà dit que l'érysipèle ambulant et l'érysipèle de la face peuvent devenir une affection sérieuse, surtout chez les alcooliques et les personnes âgées, et que l'érysipèle ombilical des enfants est dangereux. L. Fürth cite 57 cas de mort, c'est-à-dire 31.14 0/0 pour 183 cas d'érysipèle par vaccination dans la maison des Enfants trouvés à Vienne, dans l'espace de dix ans, de 1854 à 1864.

La thérapeutique de l'érysipèle, sous le rapport de ses symptômes généraux, est la même que celle de toutes les maladies fébriles, et on doit se guider d'après les mêmes indications; on luttera contre la chaleur exagérée du corps, le délire, l'agitation, etc., par des enveloppements froids, des applications locales de glace, l'appareil de réfrigération de Leiter, etc. Si l'exacerbation fébrile prend un type régulier, on administrera du sulfate de quinine, du salicylate de soude, de l'antipyrine; si la fièvre est modérée ou nulle, on pourra se borner à la médecine expectante. Nous proscrivons d'une manière absolue la saignée, les sangsues et les ventouses.

Les efforts tentés pour limiter et entraver les progrès de l'inflammation érysipélateuse de la peau par des moyens locaux ont été de tout temps très nombreux; cependant nous les tenons pour inutiles.

Tracer une ligne de démarcation autour de la circonférence de l'érysipèle avec la pierre infernale n'a jamais mis obstacle à son extension : des applications de collodion, de vernis, de teinture d'iode, de térébenthine phéniquée, etc., ou une médication dite antiseptique, locale ou interne, ont été également impuissants à arrêter sa marche.

Le traitement rationnel se pose pour premier problème de découvrir le point de départ de l'érysipèle et d'empêcher la continuation de l'influence nocive. Dans l'érysipèle de la face, il faut chercher s'il n'y a pas un abcès dentaire, et, dans ce cas, l'ouvrir, mais surtout examiner avec soin la cavité nasale, ouvrir les pustules qui s'y trouvent, ramollir les croûtes et les foyers purulents par l'introduction de bourdonnets imprégnés de pommade et d'huile. J'ai déjà guéri d'une manière durable maints cas d'érysipèle de la face récidivant depuis plusieurs années, en apprenant aux malades à empêcher, même après la guérison de la maladie, la formation de croûtes dans les fosses nasales. De même, il faut rechercher sur plusieurs points du corps, par exemple aux jambes, les foyers purulents, aisément perceptibles ou même cachés, comme les abcès de la marge de l'anus dans l'érysipèle de la région fessière, les pustules, les abcès, et il faut les évacuer en ramollissant les croûtes qui les couvrent ou en incisant leur enveloppe cutanée. La meilleure manière de limiter le processus érysipélateux,

c'est d'éloigner l'occasion d'une résorption nouvelle de substances provoquant l'inflammation (1).

On laisse complètement à nu les parties de la peau enflammées, ou bien on les recouvre d'ouate sèche, de vessies de glace ou de cataplasmes (eau, sous-acétate de plomb, liqueur de Burow), suivant que les malades préfèrent l'un ou l'autre de ces moyens, c'est-à-dire qu'ils trouvent l'une ou l'autre de ces méthodes plus agréable ou plus satisfaisante. On recommande, dans l'érysipèle de la face, les applications d'onguent hydrargyrique étendu sur de la toile ; toutefois, il faut avoir égard, dans ce cas, au danger de la salivation. Hueter, Neudörfer, etc., ont prétendu avoir arrêté localement l'érysipèle, dix à douze fois, par une injection sous-cutanée quotidienne, faite dans la zone marginale du foyer érysipélateux, d'une solution phéniquée de 1 à 2 pour 100; je n'ai pas fait d'expérience sur ce point.

Il m'est aussi impossible de justifier que d'approuver l'opinion d'autres auteurs qui vantent les applications et les lotions d'eau phéniquée dans l'érysipèle des membres, ou l'huile phéniquée dans l'érysipèle de la face.

Dans l'érysipèle du tronc et des membres, de simples applications d'eau et de graisse sont tout aussi efficaces, pourvu que les foyers purulents que l'on doit regarder comme les points de départ de l'érysipèle soient débarrassés de leurs croûtes, mis à nu, évacués, et que les surfaces érysipélateuses enflammées soient traitées dans le sens antiphlogistique. Dans l'érysipèle de la face, les choses ne se passent pas autrement et l'effet est seulement plus rare, parce que les points de départ de l'inflammation sont d'ordinaire inaccessibles (les narines prises pour exemple).

---

(1) Tout cela est fort sage, et tous les médecins attentifs font de même ; mais quand nous avons ainsi conjuré ou réprimé une complication phlegmasique de voisinage, nous ne nous considérons pas *toujours* comme fondés à croire que c'est bien un érysipèle *vrai* que nous avons prévenu ou combattu. A côté des érysipèles récidivants, à virus atténué ou à tissus vaccinés, il y a des dermites *érysipélatoïdes* nées de produits septiques *divers*, et que des soins locaux, quelques antiseptiques internes (sulfate de quinine) ou externes (acide salicylique, etc.) enrayent assez aisément. Pour tous ces cas, aussi bien que pour l'érysipèle vrai, nous employons avec succès les applications *permanentes* de *lint* boriqué, ou de compresses de mousseline imprégnées de solution de salicylate de soude à 1/20, neutralisée — Voy. HALLOPEAU, Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré *intus et extra*, *in Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*; Mémoires, p. 85, 1880 — ; mais nous ne recommandons pas l'usage interne du salicylate de soude chez les érysipélateux. E. B. — A. D.

Je dois même mettre en garde, en m'appuyant sur une grande expérience, contre l'usage de l'acide phénique et de l'iodoforme dans l'érysipèle, car le premier produit en général des pustules phéniquées et des furoncles, et par là de nouveaux foyers d'inflammation et de lymphangite; le dernier augmente directement la dermite érysipélateuse.

L'application de pommades anodines étendues sur de la toile (cérat simple, pommade de zinc ou de précipité (1 sur 40), de glycérine, de vaseline, de la pâte de Lister, d'acétate de plomb, etc.) peut diminuer un peu la tension; il faut la recommander comme avantageuse, surtout au moment de la dessiccation.

Le bain continu m'a paru efficace dans de nombreux cas d'érysipèle du tronc et des membres; dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, on pouvait constater, simultanément avec la défervescence, l'arrêt et la régression de l'érysipèle, grâce surtout à l'influence favorable que le bain continu exerce même sur les foyers gangreneux et purulents qui sont l'origine de l'érysipèle.

Enfin, en raison de la transmissibilité de certaines formes de l'érysipèle, qui a été souvent constatée et dont il a été question dans l'étiologie, il faut avoir soin de recommander l'isolement aussi complet que possible des malades atteints d'érysipèle et la désinfection scrupuleuse des instruments et des mains qui les ont touchés, afin de s'opposer par là à la diffusion de la maladie.

Les inflammations phlegmoneuses de la peau se caractérisent par une rougeur intense qu'on peut difficilement faire disparaître, par de la chaleur, de la douleur, et par une infiltration et une tuméfaction très prononcées de la peau envahie, qui devient très dure, et par sa terminaison habituelle en fonte purulente ou nécrose en masse (gangrène) du tissu.

Sous leur forme diffuse, ces inflammations constituent ce qu'on appelle le pseudo-érysipèle (phlegmoneux). Le plus souvent précédé de frissons et de fièvre, le pseudo-érysipèle se manifeste sous forme d'une tuméfaction et d'une rougeur de la peau, douloureuses, dures, s'étendant, suivant le degré d'acuité, à de grandes surfaces, par exemple à tout un membre. Les phénomènes inflammatoires peuvent disparaître au bout de quelques jours avec la cessation de la fièvre, en laissant après eux une pigmentation brune et de la desquamation. Mais, le plus souvent, il se produit avec une grande rapidité, dans l'intervalle d'un à trois jours, une fonte purulente très étendue du tissu, laquelle se traduit par une fièvre plus forte, et localement par de la fluctuation. Après l'ouverture du phlegmon et l'écoulement du pus, souvent sanieux et abon-

dant, auquel sont toujours mêlés des débris plus grossiers de tissu, on voit souvent une destruction énorme du tissu cellulaire sous-cutané, ou même des tissus sous-jacents, fascias, muscles, la dénudation ou la nécrose des os, l'ouverture des articulations. Le plus grave, sous ce rapport, est le phlegmon de la main, qui met de bonne heure en danger les os des phalanges et des articulations.

Outre les conséquences locales, on a à redouter, dans le pseudo-érysipèle, des adénites persistantes, ensuite de la pyémie, de l'ictère, des métastases, un état cachectique prolongé ou une mort rapide (1).

La cause de cette affection est toujours une infection en général septique, une intoxication résultant de l'introduction d'une matière septique dans une plaie (excoriation), soit qu'elle vienne du dehors par virus cadavérique, matière variolique, sécrétion puerpérale, ou sanie, substances animales en putréfaction, soit qu'elle ait son point de départ dans un foyer purulent de l'individu lui-même, dont le contenu pénétrerait par la voie lymphatique. Dans l'état actuel de la science, il est encore tout à fait impossible de décider si et jusqu'à quel point il s'agit ici d'un microbe spécifique (streptococcus pyogène, etc.), et encore s'il s'agit uniquement de ces microbes ou bien d'une substance chimique provenant de la sécrétion de ces microbes (ptomaïne) ou des substances albumineuses des éléments de tissu. Dans ce dernier cas, l'effet se traduit par des phlegmons métastatiques proprement dits, comme ceux qu'on observe après la variole vraie ou chez les femmes en couche.

A cette place doivent aussi figurer les phlegmons produits par l'action des venins ayant leur point de départ dans les morsures, ou dans les piqûres d'animaux divers, et qui se terminent comme une affection locale, ou entraînent la mort par un empoisonnement général du sang.

Relativement à leur traitement, qui est du domaine de la chirurgie, je me borne à indiquer la nécessité de faire, aussitôt que possible, des incisions suffisamment profondes, même si l'on n'a pas encore constaté un foyer purulent.

L'inflammation phlegmoneuse de la peau se présente sous une forme circonscrite dans les maladies connues sous le nom de furoncles et d'anthrax, ainsi que dans les zoonoses : la morve, la pustule d'infection cadavérique et la pustule maligne.

---

(1) Voyez, pour la discussion de ce point obscur, et sur la question de l'*érysipèle phlegmoneux,* l'article Érysipèle du *Dict. encyclop. des sc. méd.,* p. 212, partie rédigée par P. Spillmann et L. Ganzinotty.

Le furoncle représente une nodosité de la peau, inflammatoire, circonscrite, dure, dans le centre de laquelle il se produit ordinairement une nécrose du tissu sous forme d'un bourbillon qui finit par s'éliminer. Son développement s'annonce par une douleur localisée et une dureté de la peau ; le jour suivant seulement surviennent de la rougeur et une augmentation de chaleur. La tuméfaction, la dureté et la rougeur s'étendent peu à peu, de sorte que la nodosité, qui était d'abord peu saillante, peut prendre la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Dans le furoncle folliculaire, ayant évidemment son siège autour d'un follicule pileux, on aperçoit de bonne heure un point jaune traversé par un poil ou par-dessus encore une vésicule remplie de sang ou de sérum ; mais dans ce qu'on est convenu d'appeler le furoncle du tissu cellulaire, on ne voit ce même point qu'au bout de plusieurs jours, ou bien la peau amincie et rouge bleu se soulève, tandis que, au centre, il s'est déjà produit un ramollissement puriforme durant la période de douleur et de pulsations. Après l'ouverture de l'abcès, les douleurs diminuent un peu ; cependant, elles ne cessent tout à fait qu'au bout de huit à dix jours, lorsque la masse nécrotique s'est détachée par suppuration. Elle est chassée au dehors sous la forme d'un bourbillon vert jaunâtre, visqueux, imbibé de pus. Après cette expulsion, l'occlusion de la cavité entr'ouverte en forme de cupule s'effectue graduellement par granulation.

Quelquefois, la nodosité furonculeuse s'ouvre sur plusieurs points, et plusieurs bourbillons se détachent. La peau, dans ces points, est alors perforée comme les alvéoles d'un nid de guêpes — furoncle vespajo — furoncle alvéolaire.

Chez les individus irritables, la période d'inflammation et de suppuration du furoncle est accompagnée d'une fièvre plus ou moins intense.

On doit diviser l'anthrax (carbunkel) en deux variétés, d'après sa cause, sa marche et sa signification.

1° L'anthrax commun ou anthrax furoncle, furoncle vulgaire, appelé aussi purement et simplement anthrax ou *carbunkel*, débute par une infiltration peu mobile de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, très dure, le plus souvent provenant d'un furoncle en alvéoles, en général très douloureuse, mais dont la dimension est celle d'une pièce de cinq francs en argent jusqu'à celle de la paume de la main et même davantage. Son siège le plus fréquent est la région de la nuque ; cependant, on le voit aussi à la face, sur les joues, aux lèvres, sur le dos, dans la région lombaire. La douleur et la fièvre, dans cette affection, sont souvent très intenses, même lorsqu'elle est localisée à la nuque et à la face ; on observe aussi quelquefois du délire et de la somnolence. Sur l'anthrax, la peau se nécrose dans

une étendue et sous une forme diverses, en se convertissant en une pulpe noir bleuâtre, ou en une eschare sèche, semblable à du cuir ; à la chute de celle-ci, il se produit une nouvelle exfoliation du tissu conjonctif profond, qui est traversé très irrégulièrement par des foyers purulents, par des débris de tissu décomposé, de vaisseaux sanguins thrombosés. C'est seulement après que les masses infiltrées une fois ramollies ont été rejetées par une suppuration éliminatrice, que l'on voit une plaie rouge en voie de granulation, souvent très profonde, qui guérit méthodiquement.

L'anthrax, alors même que sa marche est aussi favorable, constitue une maladie sérieuse ; il devient positivement dangereux, lorsque l'infiltration et la gangrène font des progrès et que la lésion ne se limite pas ; la mort peut alors survenir par pyémie ou par œdème du cerveau. Les sujets âgés sont toujours très gravement affectés par l'anthrax, et le pronostic de cette affection doit pour eux être fait avec réserve.

Nous sommes peu renseignés au sujet des lésions anatomiques du furoncle, puisqu'on n'a jamais pu les examiner avant le commencement de la nécrose des tissus. Autant que nous l'enseignent l'aspect et la forme des éléments qui constituent le bourbillon une fois détaché, l'inflammation et la mortification partent le plus souvent d'un follicule pileux ou d'une glande sébacée (Billroth) et du tissu périfolliculaire ; suivant Rindfleisch, elles pourraient provenir du cordon de tissu conjonctif, qui va du fond du follicule pileux dans la couche cellulaire sous-cutanée (Wertheim). D'autres auteurs pensent que la cause de l'inflammation et de la gangrène du tissu est dans une thrombose des vaisseaux qui alimentent la base du follicule ; ce qui, cependant, il faut le dire, n'a jamais été prouvé.

Dans l'anthrax, les lésions anatomiques sont encore plus compliquées.

D'ailleurs, le furoncle et l'anthrax doivent, au point de vue pathologique, être considérés comme ayant la même signification, puisque tous les deux se produisent habituellement dans des circonstances identiques et que très souvent une série de furoncles se termine par un anthrax.

Les furoncles surviennent sporadiquement, ou en grand nombre par séries successives, de sorte qu'on les voit surgir pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années, avec de courtes interruptions, ou d'une manière continue, et sur différentes régions du corps ou plus spécialement sur des parties déterminées. C'est alors la furonculose, c'est-à-dire une affection chronique qui peut affaiblir considérablement les malades par des douleurs fréquentes, de la fièvre et de la

suppuration, ou devenir dangereuse par l'intercurrence d'un anthrax.

Suivant leurs causes, on peut distinguer les furoncles et les anthrax en idiopathiques et en symptomatiques. Les premiers se développent chez des individus bien portants, spontanément, et alors le plus souvent il n'y a qu'un seul furoncle; ou bien il en survient plusieurs successivement à la suite de l'irritation de la peau causée par les douches répétées, les cures d'eau froide, le séjour dans le bain continu et le grattage, comme dans les affections prurigineuses de la peau, eczéma, prurigo, gale, phthiriase, ou encore il se produit, comme métastases, des furoncles d'infection provenant de pustules et de foyers purulents appartenant à ces dermatoses.

On peut, au contraire, considérer comme symptomatiques les furoncles et les anthrax, s'ils surviennent, comme on l'a constaté, à la suite ou comme complication de troubles généraux de la nutrition, de dyspepsie chronique, de marasme sénile, du diabète sucré (1).

Le traitement de ces affections est, à proprement parler, en général peu efficace. On ne peut abréger ni changer le cours d'un furoncle isolé ni par l'application de la glace ou d'une chaleur humide, ni par des incisions faites de bonne heure. On n'est amené à conseiller de préférence l'une ou l'autre de ces méthodes que d'après les appréciations

---

(1) Plusieurs états dyscrasiques peuvent s'accompagner de furonculose sans que l'on sache encore bien par quel mécanisme; il est vraisemblable, toutefois, que c'est surtout *médiatement* que les altérations des liquides mettent les tissus tégumentaires en état de réceptivité furonculeuse, en affaiblissant leur degré de résistance vitale, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'adultération du sang. Ce serait surtout la déshydratation commune à tous les diabètes, à toutes les polyuries, qui serait l'agent immédiat des troubles de nutrition cutanée qui préparent le terrain pour la furonculose, que l'on voit survenir dans la polyurie simple, aussi bien que dans la polyurie azoturique, glycosurique, etc. — Voy. Bouchard, Maladies par ralentissement de la nutrition ; — et P. Spillmann et P. Parisot, Furonculose et Polyurie, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, t. X, 1889 ; — G. Lœwenberg, *Progrès méd.*, 1881, etc.; — Gingeot, *Bullet. de Thérap.*, 1885, et *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1888 ; — Discuss. sur l'anthrax et le furoncle. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1888, etc.

En fait, la furonculose est une maladie *à facteurs multiples et à microphytes variés ;* les médecins qui n'y veulent voir que le terrain, aussi bien que ceux qui limitent leur coup d'œil à la contemplation des microphytes, sont également dans l'erreur, et ceux-là seuls qui tiennent un compte éclairé et judicieux de l'état *du furonculeux*, ainsi que de toutes les *conditions extrinsèques qui l'entourent*, lui, en particulier, réunissent les meilleurs moyens de le guérir et de le prémunir.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

du malade lui-même. Au début, cependant, le froid convient mieux ; à la période de suppuration, ce seront les fomentations chaudes, les cataplasmes ou les onguents et les emplâtres indifférents.

L'extraction du bourbillon nécrotique, avant qu'on ait constaté sa mobilité complète, n'offre aucun avantage. Au contraire, dans l'anthrax, il est expressément indiqué d'avoir recours à l'emploi de la glace et aux incisions profondes et dans plusieurs directions, faites d'aussi bonne heure que possible, — c'est dans ces cas que le tissu induré crie sous le scalpel ; — suivant les circonstances on excise, on racle les parties nécrosées, ou même dans le tissu infiltré on peut faire, à partir de la périphérie et de la base, de nombreuses incisions et sections qui ont pour but d'ouvrir le plus de foyers purulents possible.

Quand le ramollissement de la masse indurée se produit, ce qui convient le mieux, ce sont des fomentations chaudes ou des pansements désinfectants (pâte phéniquée, etc.).

Dans la furonculose, on fait, à l'égard des nodosités isolées de l'éruption, la médecine des symptômes, exactement comme pour les furoncles sporadiques. En outre, il faut tâcher d'en découvrir la cause générale accidentelle et de la combattre par des remèdes appropriés, le régime, les amers, la soude, le fer, les eaux thermales de Franzensbad, Karlsbad, Marienbad, etc. En général, les bains ne paraissent pas avantageux ; cependant, on a, à différentes reprises, conseillé et trouvé efficaces les bains d'alun et de soude (1,000 gr. pour un bain), ainsi que les bains de sublimé (10 gr. pour un bain). J'ai souvent cru devoir essayer de semblables traitements, et j'y étais parfaitement autorisé, puisque la furonculose, maladie extrêmement pénible, réclame toujours de nouvelles recherches pour découvrir un moyen de la guérir.

Mais la méthode la plus défectueuse est celle que l'on pratique aujourd'hui et qui est inspirée par le désir de rester fidèle au principe de l'asepsie, de ne traiter les furoncles qu'au moyen de l'acide phénique, puisque cet agent provoque constamment de nouveaux furoncles (1).

---

(1) Ce n'est pas, à vrai dire, l'acide phénique qu'il y a à incriminer, mais bien son emploi défectueux ou les doses excessives auxquelles il a été appliqué. — Il faut ajouter que les injections intracutanées d'acide phénique peuvent être employées avec succès dans les cas graves d'anthrax. — Voy. ARNOZAN, LANDE et MAURANGE, *in Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1889. — Ces auteurs ont injecté aux points extrêmes de la tumeur, par cinq piqûres, 5 grammes d'une solution au 1/10e, composée de glycérine neutre et eau distillée, de chaque 15 grammes, acide phénique, 3 grammes. E. B. — A. D.

2° L'anthrax vrai (1), *carbunculus verus,* charbon, anthrax charbonneux, pustule maligne, débute avec une sensation de prurit et de brûlure, sous forme d'une tache rouge, saillante, comme à la suite de la piqûre d'un insecte. Bientôt après, l'épiderme se soulève en forme de vésicule hémorrhagique, laquelle peut se dessécher au centre, se développer périphériquement ou se confondre avec celles qui sont voisines. Il se forme à la base une infiltration de la peau très dure et peu douloureuse, constituant une saillie ayant l'aspect d'un cône aplati, dont l'étendue varie de celle d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main, sur laquelle s'élève peu après une bulle hémorrhagique ; ou bien une partie de la peau se transforme en une eschare sèche et de mauvais aspect. Celle-ci s'enfonce un peu au-dessous du niveau du tégument, de sorte qu'il apparaît recouvert par la tumeur environnante comme d'un bourrelet; ou, si cette tumeur présente à sa périphérie de grandes crevasses, elle le surplombe comme un jabot. Souvent aussi des vésicules hémorrhagiques apparaissent là consécutivement. Quant à son siège, l'anthrax atteint surtout le dos des mains, plus rarement la face, les lèvres, les ailes du nez, les joues, les paupières (lesquelles, dans ce cas, se remplissent d'un infiltrat très dur et se tuméfient énormément).

Si le processus n'amène pas rapidement la mort, la plus grande partie du tissu infiltré se nécrose, et, après son élimination, il se forme des granulations et la plaie se cicatrise. Il survient souvent de la lymphangite et de l'adénite axillaire purulente ou une suppuration sanieuse au niveau du muscle pectoral. Le pronostic n'est favorable que lorsque l'affection est limitée localement et qu'il n'y a pas de symptômes généraux. D'ailleurs, le pronostic est très incertain, car il est rare qu'il ne se déclare pas des phénomènes pyémiques généraux, et dans ce cas la mort a lieu à bref délai.

L'anthrax charbonneux se manifeste aussi quelquefois sous la forme d'œdème charbonneux externe (œdème malin), dans lequel l'infiltration prédomine et qui peut être facilement méconnu. Souvent on voit dans ces cas se former brusquement, sur les nodosités œdémateuses,

---

(1) Cette lésion, ou mieux cette maladie, dont l'auteur fait la « seconde variété » de « l'anthrax », n'est autre que le *charbon*. Quelle qu'ait pu être la nomenclature du passé, l'usage est à présent établi de réserver le nom d'*anthrax* à l'anthrax commun ; l'ancien « anthrax vrai ou malin » est aujourd'hui classé sous le nom de *charbon ;* il n'y a donc aucune raison, ni de conserver ce double emploi du même mot, ni d'associer ces deux choses distinctes dans un même genre, et de les décrire dans un même chapitre.

E. B. — A. D.

des eschares gangreneuses étendues, gris foncé jusqu'à noir ardoisé (Bollinger).

Comme troisième forme de l'anthrax, W. Koch signale le charbon embolique de la peau, qui a été décrit par Weigert et Waldeyer, et se traduisit chez un homme mort de charbon typique des poumons et de l'intestin, par des taches hémorrhagiques punctiformes, de la dimension d'une lentille et même plus considérables, des papules et des vésicules hémorrhagiques, ombiliquées, plates ou reposant sur des papules, qui avaient leur siège principal à la face et sur le tronc.

Le meilleur traitement est purement symptomatique. Des fomentations, froides ou chaudes, suivant le degré des phénomènes inflammatoires concomitants, notamment des parties environnantes, et suivant l'intensité plus ou moins grande de la lymphangite qui existe en même temps. La cautérisation de la pustule maligne, recommandée par différents auteurs, ou des autres nodosités ou pustules d'infection au moyen de l'acide nitrique fumant, est, lorsqu'elle a été énergique, parfois suivie de succès; mais si elle fut incomplète, elle est plutôt nuisible. Il se forme ensuite des plaies propices à la propagation des bacilles de l'anthrax charbonneux. On a aussi proposé récemment comme rationnels l'excision totale et le raclage de l'anthrax, accompagnés de la cautérisation de la base.

On considère, depuis Pollender et Davaine (1), comme causes de l'anthrax charbonneux et comme agents de transmission de la matière contagieuse pour l'anthrax charbonneux, les bâtonnets mobiles, les bactéridies, les bacilles de la pustule maligne que l'on a constamment trouvés dans le sang des animaux charbonneux et dans le tissu de l'anthrax lui-même.

D'après les recherches actuelles de Wagner, de Rob. Koch et Turner, il existe, dans l'anthrax, dans le derme et jusque dans la couche du pannicule graisseux, une infiltration des cellules inflammatoires en forme de traînées et de foyers, des hémorrhagies, des fragments de tissu nécrosé de mauvais aspect, dur ou en bouillie, et seulement durant la première période plus d'hyperhémie et de dissociation séreuse; l'épiderme est en quelques points très adhérent; plus tard, surtout au centre, soulevé. Les bacilles de la pustule maligne remplissent les vaisseaux sanguins et lymphatiques et (dans des cas de Wagner) les papules hypertrophiées d'une manière si compacte, que l'on n'y

(1) *Lisez:* Rayer-Davaine, 1850,... *et*... Pollender, 1855. — Voyez, pour tout ce qui concerne le *Charbon*, les remarquables leçons de I. Straus, — *Le charbon des animaux et de l'homme* — professées à la Faculté de médecine de Paris en 1877. E. B. — A. D.

reconnaît aucun autre tissu. On les rencontre en moins grande proportion dans les parties voisines; par contre, ils existent régulièrement au-dessous de l'épiderme, tant qu'il adhère encore solidement au tissu sous-jacent (R. Koch), mais ils manquent dans les points où l'épiderme est soulevé ou moins adhérent, puisqu'ici les mucédinées qui viennent du dehors les envahissent et les détruisent. On sait également que, dans les cadavres d'animaux atteints de pustule maligne, les bacilles disparaissent rapidement.

Bien que jusqu'à présent sans application pour la pathologie humaine, les résultats si pleins de promesses de Pasteur doivent être mentionnés ici; nous voulons parler de ses inoculations méthodiques préventives chez le bœuf au moyen du contage très atténué de la pustule maligne. Sous ce rapport, je renvoie, ainsi que pour le mode et la cause de l'infection et les symptômes de la maladie générale et intestinale dans la pustule maligne (mycose intestinale), aux ouvrages de chirurgie et de pathologie spéciales. D'après son origine, l'anthrax charbonneux survient le plus souvent chez les équarisseurs, les garçons d'écurie et les personnes qui sont en contact avec les cadavres et les dépouilles des animaux charbonneux; accidentellement aussi, il est engendré par la piqûre de mouches qui précédemment s'étaient posées sur des cadavres morts du charbon.

La morve de l'homme, *maliasmus* (*malleus humidus, morve et farcin*), qui se développe par la transmission de la maladie correspondante du cheval à l'homme, se manifeste localement, de la même manière que tous les phlegmons produits par des virus organiques inoculés, par de l'inflammation, de la suppuration, de la gangrène, de la lymphangite, de l'adénite, des suppurations métastatiques, et elle peut amener la mort par pyémie, ou se terminer par guérison après l'élimination de la gangrène.

Ou bien il se produit une maladie générale maliatique avec ou sans affection locale antérieure. L'empoisonnement général du sang est alors révélé par des frissons, de la fièvre, des douleurs, de la tuméfaction, de l'œdème, de l'exsudation, de l'hémorrhagie, de la suppuration autour et dans les articulations, et des localisations inflammatoires à la peau, sur laquelle on voit se développer de nombreuses pustules de diverse grosseur, des furoncles, des nodosités hémorrhagiques et des abcès de volume très différent. La muqueuse nasale est souvent tuméfiée, enflammée et elle devient le siège d'une sécrétion purulente abondante. Le mal se termine fatalement en peu de jours ou en peu de semaines avec une fièvre intense, des phénomènes cérébraux, des localisations pneumoniques, spléniques et intestinales (morve aiguë),

ou bien il devient chronique ; alors les symptômes généraux graves disparaissent, mais les abcès se renouvellent et la mort arrive à la suite d'un marasme prolongé; ou bien enfin, dans des cas rares, la série des inflammations locales cesse, et les malades guérissent.

A l'autopsie des sujets qui ont succombé à la morve, on trouve, outre les nodosités et des foyers purulents de la peau, aussi des lésions analogues des muqueuses nasale, pharyngienne et larygienne, des bronches ; on constate de la pneumonie en foyer et des altérations diverses des organes parenchymateux, des muscles et du système vasculaire.

Le diagnostic de la morve humaine exige une certaine attention, puisqu'on peut la confondre facilement avec la variole, mais plus facilement encore avec la syphilis pustuleuse et gommeuse.

Pour que la contagion de la morve s'opère, il n'est pas besoin du contact direct d'un animal morveux. Il suffit de coucher et de séjourner longtemps dans une écurie qui renferme des chevaux morveux ou même de disséquer un de ces animaux; car il est démontré que le virus morveux est volatil.

On a aussi observé la transmission de la morve d'homme à homme.

Il faut regarder le bacille de la morve comme la cause de cette affection (Lœffler, Schütz, Weichselbaum). On trouve ce bacille sous forme de bâtonnets, de la grosseur des bacilles de la tuberculose, toutefois plus larges, 2 à 5 μ de longueur, 0,5 à 1,4 μ; il forme des spores (Weichselbaum). L'injection de cultures pures de bacilles de la morve provoque la morve typique chez les chevaux, les lapins, les cobayes et les souris des champs. On rencontre de nombreux bacilles dans les nodosités et les abcès, ainsi que dans le sang et l'urine. Les souris blanches jouissent de l'immunité.

La pustule d'infection cadavérique survient chez les personnes qui sont en contact avec des cadavres humains ou animaux et avec leurs dépouilles (peaux d'animaux), chez les anatomopathologistes, les garçons d'amphithéâtre, les équarisseurs, les tondeurs d'animaux. L'affection envahit, en général, un point de la face dorsale des mains sous forme d'une bulle hémorrhagique ou d'un furoncle folliculaire, le plus souvent très douloureux. La marche est tout à fait analogue à celle que j'ai déjà décrite pour d'autres formes d'infection; soit une inflammation locale aiguë avec lymphangite, gangrène, nécrose des parties molles, des os, avec guérison; soit des accidents pyémiques aigus et la mort; soit enfin un état de marasme chronique avec ou sans guérison.

Nous allons encore étudier plus en détail une autre forme de l'in-

flammation occasionnée par l'infection cadavérique, amenant la prolifération du corps papillaire et des callosités proprement dites et des verrues (1).

Dans les traités de pathologie, il est encore question de furoncles endémiques, comme l'anthrax de Hongrie, d'Esthonie, de Bothnie, et le bouton d'Alep, etc.

Parmi ces derniers, le bouton d'Alep paraît avoir seul le caractère d'une forme morbide spéciale.

Les premiers renseignements scientifiques sur le bouton d'Alep datent du milieu du siècle dernier et concordent, en somme, avec ceux qu'on a recueillis jusque dans ces derniers temps. D'après ces données, il s'agit d'une maladie endémique que l'on observe particulièrement dans les régions de l'Oronte, de l'Euphrate et du Tigre (Pococke, Willemin, Rigler, J.-E. Polak, etc.), et qui, là, est circonscrite à des villes déterminées, Diarbékir, Alep, Ofra, etc... ; et déjà à quelques heures de distance elle n'est plus autochtone. Tous les indigènes en sont atteints, en général entre la deuxième et la septième année, jamais avant la deuxième. Tous les immigrants sont également affectés du bouton, même s'ils n'ont fait qu'un court séjour dans ces pays, mais à coup sûr s'ils les ont habité pendant longtemps.

Mais on rapporte également la même chose d'autres régions tropicales ou sous-tropicales, de Delhi, dans les Indes orientales (bouton de Delhi), de certains pays en Afrique, Algérie, où les troupes françaises sont très atteintes, de Biskra (bouton de Biskra), de Polynésie, etc...

On décrit ainsi la maladie :

Sans autre cause connue, il survient sur une partie de la peau, en général de la face ou de la surface d'extension des mains et des pieds, souvent dans le voisinage des articulations, jamais, dit-on, sur la paume des mains et la plante des pieds, une plaque rouge, analogue à de l'urticaire, de la dimension d'une lentille ou un peu plus grande, légèrement saillante et un peu prurigineuse. Graduellement, dans l'espace de plusieurs semaines ou de deux à trois mois, la tache se transforme en une nodosité dure, saillante, analogue à un furoncle, ovale, brun rouge, dont la grosseur varie de celle d'un pois, d'un haricot, d'une noisette, à celle d'une noix, dont la surface est au centre recouverte de squamules minces, sèches, ou de croûtelles brun jaunâtre, ou bien excoriée.

Vers le cinquième ou sixième mois, il se produit d'ordinaire une

(1) Voyez plus loin, au chapitre des tuberculoses cutanées, où nous traiterons du *tubercule des anatomistes*. E. B. — A. D.

désagrégation rapide de la portion centrale en commençant par la surface, et il s'établit peu à peu une perte de substance, sous forme d'une ulcération torpide, cratériforme, avec sécrétion séro-visqueuse. Après un laps de temps plus ou moins long, le fond et les bords deviennent infiltrés de liquides et saignent au contact plus facilement qu'au début, ce qui amène aussi, à partir de la base, la formation de bourgeons charnus; dès lors, l'ulcération guérit rapidement, tandis que l'infiltrat se perd dans les parties adjacentes. Une cicatrice correspondant à l'étendue et à la forme de l'ulcère persiste comme vestige du bouton.

En général, chez les sujets atteints il n'existe qu'un seul bouton (bouton mâle); cependant on rencontre des cas dans lesquels on voit apparaître simultanément plusieurs boutons, de huit à douze et même davantage (bouton femelle).

Le bouton ne survient qu'une seule fois dans la vie.

Peu de médecins européens ont eu l'occasion d'observer personnellement cette maladie, et moi-même, jusqu'en 1884, je ne l'avais jamais vue. Il a existé par conséquent de tout temps une certaine méfiance relativement aux faits et aux descriptions qui ont été publiés sur cette affection, méfiance d'ailleurs justifiée en principe en raison de ce fait que toute une série de maladies, que l'on a pendant longtemps citées comme des formes morbides spéciales et endémiques, ont été reconnues, à la suite d'une étude plus minutieuse, comme des processus morbides déjà connus, tels que le siwwens en Écosse, la radesyge en Norwège, le skerljevo à Fiume, etc. Geber, qui a eu l'occasion de voir sur place la maladie, a également démontré que différents processus chroniques connus, que l'on observe en tout pays, tels que la syphilis et le lupus, etc., ont été décrits pêle-mêle sous le nom de bouton d'Alep. Mais ceci ne nous empêche pas de considérer ce bouton comme une maladie spéciale, qui se distingue d'autres affections analogues par des caractères particuliers.

J'ai vu, au mois de novembre 1884, le bouton d'Alep chez un médecin, le docteur F..., qui avait vécu à Ofra, et chez trois membres de sa famille. Chez ce médecin, il y avait, juste au-dessous de la malléole interne du côté gauche, une nodosité rouge brun, allongée, de la grosseur d'un pois, rénitente, à surface unie et présentant une croûtelle mince, située au-dessus de la partie moyenne qui était légèrement déprimée.

La nodosité avait son siège dans le chorion superficiel et n'était mobile qu'avec lui ; elle n'était douloureuse qu'à une légère pression. Cette nodosité existait alors depuis trois mois et s'était développée chez ce malade un mois avant son départ d'Ofra.

Chez son fils, âgé de six ans, il existait une perte de substance cicatricielle, profonde, sur le bord du pavillon de l'oreille gauche ;

cette perte de substance était consécutive à un bouton qui avait commencé en septembre 1883, était resté ulcéré jusqu'en juin 1884 et avait ensuite guéri.

Chez sa femme, qui avait quitté la Mésopotamie avec sa famille depuis deux mois et demi, il était survenu, il y a un mois, un bouton, alors qu'elle résidait déjà en Europe; cette nodosité, de la grosseur d'un petit pois, était située au-devant du condyle du cubital droit, au-dessus du poignet.

Un enfant de six mois, appartenant à cette même famille, portait au milieu du front une papule presque aussi grosse, laquelle s'était développée à Vienne quinze jours auparavant.

Malgré une certaine ressemblance entre le bouton d'Alep et une nodosité de lupus, de syphilis, de sarcome, de lèpre, de kéloïde ou de furoncle, il est impossible, à un examen attentif, de le confondre avec aucune des lésions que je viens de citer.

L'examen histologique de la nodosité excisée sur le D[r] F. a fait reconnaître une infiltration compacte de cellules qui atteignait principalement la couche papillaire d'une manière uniforme, mais en outre s'étendait le long des vaisseaux à travers le chorion jusque dans les glandes sudoripares et le panicule graisseux, et entourait ces vaisseaux ainsi que ceux des glandes sébacées et des follicules pileux. A la partie médiane de la nodosité, l'infiltration se prolongeait jusque dans le réseau; par suite, elle voilait la limite des papilles et de nombreuses cellules présentaient des signes de régression, un gonflement tubéreux ou une opacité granuleuse. Sur les bords de ce bouton, les papilles infiltrées étaient élargies, les prolongements du réseau avaient proliféré en largeur et en profondeur dans le chorion.

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection bizarre, on ne sait rien de positif. Il n'y a rien de fondé dans ce qu'on a dit autrefois à ce sujet des influences climatériques et telluriques, du genre de vie, de la race et des conditions sociales. Il est très probable qu'il s'agit d'une cause infectieuse. Mais jusqu'à présent on n'a réussi ni à démontrer la présence de parasites végétaux ou animaux, ni à effectuer la transmissibilité expérimentale du bouton d'Alep (Flemming, Schlimmer, Carter). Dans le bouton examiné par nous, on n'a trouvé aucune espèce de microbes (1).

---

(1) Nous avons différé jusqu'à la fin de ce chapitre nos remarques qui eussent été trop nombreuses, pour les réunir dans l'appendice suivant : E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Bouton endémique d'Orient

OU

Bouton endémique des pays chauds.

Le « bouton d'Orient », que nous jugeons plus exact d'appeler *bouton endémique d'Orient*, ou *bouton endémique des pays chauds*, est une affection cutanée de cause externe qui se développe, en certaines saisons, dans un grand nombre de régions et de localités isothermes, dont les limites et le nombre ne sont pas encore fixés complètement, mais que l'on peut provisoirement se représenter, d'une manière sommaire, avec Le Roy de Méricourt, — Art. Bouton d'Alep. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, — comme contenues dans une zone qui s'étend, du Maroc, à l'Ouest, jusqu'aux rives du Gange, à l'Est, et qui est comprise entre les dixième et quarantième degrés de latitude Nord.

Les dénominations qui s'y rapportent sont en nombre illimité : Bouton d'Alep, de Bagdad, de Cambay, du Nil ou d'Égypte, du Caire, de Suez, de Crète, de Delphes, de Guzerat, du Sindh, de Bombay, du Zab ou des Zibans, de Laghouat, d'Ouargla, d'El-Kantara, etc., etc., Bouton d'un an. — Pyrophlyctide endémique, Pustule de Bassora, Impetigo annuel, Clou de Delhi, d'Umballa, de Biskra, de Gafsa, de Tuggurth, de Pendjdeh, etc., etc. — Ulcère d'Orient, Ulcère ou Chancre du Sahara, Dermatose ulcéreuse, Ulcère des pays chauds, etc., etc. — Maladie des Sartes, etc., etc.

Depuis longtemps, l'analogie ou l'identité des affections ainsi dénommées est annoncée et affirmée d'après l'identité générale des caractères cliniques ; mais il est réservé à la période contemporaine d'en fournir la démonstration péremptoire par la preuve de l'identité de l'élément pathogène ; la préparation, fort laborieuse, de cette preuve est en cours d'exécution ; le travail d'épuration et la période de discussion ne sont pas encore clos.

Voyez Smith, Fleming, *Army med. Rep.*, vol. X et XI, 1868, 1869, *cit.* Tilbury Fox, Skin Diseases, third Edit., n° 243, 1873. — Vandike Carter, notes on the « Bouton de Biskra ». *The Lancet*, 1875, *Med. chir. Transact.*, 1877, et Weber, Études sur le Clou de Biskra, *in Rec. de Mém. de méd. militaire*, 1876. — A. Laveran, Contribution à l'étude du Bouton de Biskra, *in Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. I, 1880, p. 173. — Boinet, Boinet et Depéret, 1884. — Du Bouton de Gafsa au camp de Sathonay, *Lyon médical*, 1884. E. Duclaux. Étude d'un microbe rencontré sur un malade atteint du Clou de Biskra, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 377. — E. Duclaux et A. Fournier, *in Bullet. Acad. de Méd.*, 1884, p. 743. Discuss., p. 769. — E. Duclaux et Heydenreich, *Arch. de Physiologie*, 1884. — Heydenreich, *Soc. de Biologie*, 1886. — G. Riehl, zur Anat. und Ætiol. der

Orientbeule.—Travail du Laboratoire d'anatomie de Kundrat, 1887; anal. franc., p. Doyon, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888. — A. Chantemesse. Note sur le Bouton du Nil. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1887, p. 576. — F. Poncet, *Annales de l'Institut* Pasteur, nov. 1887. — Voy., en outre, E. Vidal. Leçon clinique, Du Bouton de Biskra, *in Bulletin médical*, 1887, p. 133, et M. Bouquet, Du Clou de Biskra, *Thèse inaugurale*, Paris, 1887. — Sirus-Pirondi et C. Oddo, Étude étiol. sur l'ulcère des pays chauds, in-8°, Marseille, 1887. — J.-B. Loustalot, Le Bouton de Biskra, *Thèse de Lille*, 1888. — Leloir et Vidal, Traité descript. des mal. de la peau, 1re livraison, pl. VI.

Le bouton endémique est contagieux à tous les degrés, auto-inoculable, inoculable et réinoculable indéfiniment; son agent producteur peut être reçu des sources les plus multiples, être conservé dans les déchets des lésions cutanées, les objets souillés, et avoir tous les *circumfusa* (on ne paraît pas avoir étudié scientifiquement la question des *ingesta*) pour agents vecteurs; l'eau est incriminée surtout, et c'est au bain que les sujets atteints rapportent très souvent l'origine de leur mal; il se développe sur les animaux domestiques et peut être apporté et inséré sur le tégument par les insectes locaux.

Dans ces conditions, on comprend aisément que la maladie atteigne tout le monde et à tout âge, et qu'elle ait lieu d'élection sur les parties découvertes, les extrémités, la face, — non le cuir chevelu — rarement le tronc, exceptionnellement les organes génitaux.

Quelquefois solitaire, le bouton est plus ordinairement multiple, — deux à douze, — moins souvent multiplié jusqu'à atteindre le nombre de quarante à cinquante. — Un des sujets inoculés par Weber avait déjà eu, auparavant, quarante-trois boutons.

L'étude anatomopathologique du bouton endémique, même poussée au degré de perfection histologique où l'ont menée Poncet, Rieul, etc., est parfaitement stérile et bien faite pour montrer l'insuffisance de l'histologie pure. Elle n'apprend ni la nature de l'irritant pathogène, ni sa voie de pénétration, ni son lieu anatomique d'élection; elle ne constate que les désordres secondaires qui atteignent, comme le lupus, etc., le derme plus ou moins profondément et déterminent des lésions indélébiles

Tout l'avenir est dans l'histobactériologie — (Voy. les travaux que nous avons cités plus haut et Leloir, *in Thèse* de Loustalot, *Sup. cit.*, et *Traité cit.* —), et le moment n'est pas éloigné où les inconnues qui n'ont pas été encore dégagées le seront par les progrès de la technique et par une connaissance plus approfondie de la microbiologie.

Quand l'agent producteur du bouton endémique est déposé dans le tissu de culture, c'est-à-dire dans le réseau, ou dans la couche papillaire du derme, ou bien quand il est inoculé expérimentalement, le développement se fait, comme dans le chancre simple, immédiatement après l'insertion des déchets quelconques, croûtes, pus, ichor, provenant de la plaie, et l'évolution est rapide. — Le 15 avril 1875, Weber fait trois inoculations sur le bras d'un adulte avec des parcelles de croûte. Trois jours après, apparaissent des clous aux endroits inoculés, clous croûteux qui, le 1er mai — sixième jour — sont grands comme une pièce d'un franc; ces clous sont guéris en deux semaines et suivis

des cicatrices caractéristiques, — *loc. sup. cit.*, p. 50. Les inoculations faites par d'autres observateurs, par Boinet et Depéret, et en dernier par M. Chantemesse, avec une épingle trempée dans une culture sur gélatine de microbe de bouton du Nil, *loc. cit.*, p. 679, donnent des résultats concordants. L'évolution du bouton expérimental semble plus simple, plus rapide, moins extensive que celle du bouton vulgaire, ce qui tient à la pureté de l'élément inoculé, quand il a été obtenu par culture régulière, et à l'instantanéité de l'insertion.

Dans les conditions non expérimentales, extrêmement variables, selon que le germe irritant est déposé à la surface de la peau saine, interné dans un follicule, ou reçu par une lésion préexistante quelconque, traumatique ou pathologique, il apparaît un intervalle entre la contamination et l'éclosion, que l'on appelle *incubation*, mais qui ne mérite pas cette qualification, et qui présente seulement le temps pendant lequel le germe n'a pas atteint le point de culture. L'incubation vraie est unique pour un élément déterminé, ses variations apparentes ne relèvent que des différences entre les différents cas, relativement à des circonstances qui retardent l'arrivée du germe au lieu de culture, ou la variation des conditions nécessaires à sa fructification.

La multiplicité des sources virulentes, la conservation de l'élément pathogène sur des objets à usage ou autres, rendent très difficile l'interprétation exacte des différences observées, et permet de comprendre, sans sacrifier au préjugé des incubations variables, comment le bouton peut se développer chez des sujets qui ont depuis longtemps quitté le pays où il est endémique, qui n'ont fait que le traverser, et même comment il peut être communiqué loin de ce pays par les procédés ordinaires de contagion. Un malade du service de Vidal avait quitté Biskra depuis dix-huit jours, et l'Algérie depuis quinze jours, lorsque le bouton débuta, et Brocq a fait une constatation semblable. — Leloir et Vidal, *loc. cit.*, p. 79.

Dans tous les cas, une fois commencée, la végétation du bouton est active; c'est d'abord, au milieu de la peau saine, une petite tache ou élevure insignifiante analogue à un grand nombre d'autres irritations folliculaires banales, éphémères, une papule érythémateuse analogue à celle du début de l'acné, du furoncle, et de toute une série d'autres affections. Aussi passe-t-elle inaperçue, s'il n'existe pas antérieurement d'autres altérations plus avancées.

L'évolution est très rapide; au bout de peu de jours, le centre de la lésion initiale entre en régression et forme une petite croûte recouvrant un orifice, dont la pression fait sortir un peu de pus et dont l'avulsion laisse alentour une collerette desquamative. Le « clou » est constitué, et, simple ou aggloméré, il se présente avec les mêmes caractères. Il est évident que cette période manque, ou est inappréciée, quand le bouton est *secondaire* à une lésion préexistante sur laquelle il se développe plaie, ulcère, eczéma, etc., ou qu'il remplace, herpès, pustule vaccinale, variolique, etc.

Dans quelques cas, tout peut se borner là, le bouton avorte ou constitue le « clou léger », le bouton abortif. Le plus ordinairement, le bouton persiste et des éléments semblables s'agglomèrent autour de

lui, formant des plaques arrondies ou ovalaires irrégulièrement. Chaque plaque se compose, en moyenne, de six à dix élevures semblables à celle décrite ci-dessus; la peau qui sépare les boutons les uns des autres a une teinte rosée ou terreuse; elle n'a jamais la nuance cuivrée ou maigre de jambon des syphilides. *Ces plaques sont absolument caractéristiques.....* En voyant un individu porteur de cette éruption, sans même l'interroger, nous n'hésiterons pas à reconnaître le bouton endémique; plus tard, ses caractères deviennent moins nets...

Lorsqu'on applique des cataplasmes sur cette éruption, les croûtes se détachent, et on a alors une plaque avec des *ulcérations* arrondies, bien distinctes les unes des autres, séparées par des intervalles de peau saine..., encore très caractéristiques. Au centre... on trouve assez souvent une *croûte* principale plus volumineuse et plus étendue que celle des éléments périphériques qui paraissent être des satellites.

Les boutons agglomérés ne sont pas plus douloureux que le bouton simple; c'est à peine s'ils sont le siège d'une démangeaison légère. — A. Laveran, *loc. cit.*, p. 178.

Si les lésions ne sont pas réprimées par le traitement, ou ne s'éteignent pas spontanément, la maladie s'installe, le processus pathologique s'étale en surface et en profondeur, et l'on observe: *a*) la germination périphérique, *b*) les croûtes, *c*) la végétation papilliforme du réseau et la nécrobiose du chorion, *d*) les cicatrices.

a) *Germination périphérique.* — Pendant la période d'augment, si l'on examine attentivement à la loupe la périphérie des éléments initiaux dans les points de progrès excentrique, on peut constater que la zone irritative est parsemée de points jaunâtres, saillants ou non, que nous comparons habituellement aux points jaunes que l'on voit par transparence à travers l'épiderme dans la première phase de l'évolution favique. Ces constatations paraissent avoir été faites d'abord dans le Bouton de Delhi par Fleming. — *Indian med. Gazette*, nov. 1869, *cit.* Fox, p. 242. — Fox les décrit en termes précis: « When matters have advanced thus far, ulceration is imminent, and the surface may be seen to be studded over with deeply seated yellowish white points, which have been regarded as points of suppuration, and ove, but, are in reality altered and inflammed hair and gland sacs »; et Fleming; « ... duwing the growth of the tumour, and up to the period when ulceration begins, and when the « boil » is relatively transparent and shiny, the small yellowish or yellowish, white bodies before referred to as present, may be detected with a lens. » Ce sont évidemment les mêmes caractères que Brocq a relevés dans l'observation de « Bouton de Biskra » qu'il a publiée dans les *Annales de Dermatologie*, 2e série, t. IV, 1883, p. 529 : « Autour de l'ulcération centrale, et rangés en cercles concentriques, se voient nettement par transparence, au-dessous de l'épiderme, de petits *grains jaunes*, semblables à des éléments de milium; en un endroit situé vers la partie externe de l'ulcération, à un ou deux millimètres de son bord, l'un d'eux s'est ouvert à l'extérieur et par l'orifice jaunâtre, arrondi d'un mil-

limètre de diamètre qui conduit dans une petite cavité cratériforme, il s'écoule par la pression un peu de sérosité purulente. » Tout cela est important à noter à divers points de vue, et particulièrement pour caractériser la lésion ; c'est pour cela que nous l'avons relevé.

b) Les croûtes. — A tous les degrés, la lésion est le siège d'une excrétion fournie en grande partie par la prolifération du réseau et qui forme des croûtes sèches, résistantes, différentes des croûtes typiques de l'impétigo dont elles n'ont pas la fragilité, de celles du lupus qui sont beaucoup moins épaisses et qui ne se stratifient pas en couches aussi multipliées. Mais accessoirement, accidentellement, sous l'action du pus, du sang, des corps étrangers venus du dehors, des applications de tout genre, on peut observer toutes les variétés de nuances et de colorations, et là il n'y a rien de pathognomonique. Aussi longtemps que dure le progrès de la lésion cutanée, la croûte varie d'épaisseur, de consistance, de couleur, est quelquefois soulevée, tombe et est remplacée par une autre. Mais quand la période de cicatrisation spontanée se produit, elle devient plus fixe, plus adhérente par rétraction des parties sous-jacentes.

c) Végétation papilliforme du réseau et nécrobiose du chorion.—En même temps que la lésion progresse, que les parties primitivement atteintes entrent en régression, que l'ulcération se réunit aux ulcères voisines et s'étale dans le chorion, la réparation se prépare déjà par le bourgeonnement du corps muqueux, et la lésion prend, à ce stade, un aspect papillomateux qui lui donne des apparences de verrue, de papillome, de lupus, etc.

La sécrétion, ichoreuse ou purulente, est généralement peu abondante, et tous ces phénomènes, à l'état torpide, presque latent, évoluent pendant des mois — deux à six — sans réaction générale, sans adénolymphites constantes ni importantes, et cheminant vers l'extinction spontanée. C'est exceptionnellement que les ulcérations prennent une allure grave par l'étendue ou la profondeur; la gravité réside surtout, pour les parties découvertes et pour la face, dans la longue durée d'une affection sordide et dans l'éventualité de cicatrices défigurantes.

d) Cicatrices. — Inévitables dans tous les cas où la lésion n'a pas été détruite ou ne s'est pas arrêtée aux premiers stades; reproduisant la forme et l'étendue du bouton, livide, maculeuse, inégalement au-dessous du niveau, se décolorant lentement et s'atténuant à la longue à la manière des cicatrices du lupus et même des syphilides. Quand le bouton a occupé longtemps les paupières, les lèvres, les oreilles, l'extrémité ou les ailes du nez, et s'il y a eu ulcération profonde du chorion, il peut subsister des déformations, des pertes de substances et des rétractions vicieuses. Bouquet, — *loc. cit.*, p. 49, — a recherché des exemples de cicatrice chéloïdienne sans en rencontrer.

Peu de complications aussi, et tout éventuelles, dépendant des conditions individuelles ou du milieu ambiant, et dans lesquelles se trouvent toutes les ulcérations ou les plaies, quelles qu'elles soient : phlébites, adénites, lymphangites, érysipèle, etc.

La durée individuelle du bouton, ou la durée totale des boutons multiples ou multipliés, varient dans des proportions très étendues; il ne faut pas prendre trop à la lettre le terme de « bouton d'un an », qui ne doit être entendu que de la limite extrême de la durée possible.

Dans les contrées où le bouton est endémique, nulle difficulté pour les médecins, ni même pour les gens étrangers à la médecine qui le reconnaissent au premier coup d'œil.

Mais, hors de ces pays, et pour le médecin qui n'a jamais vu le bouton des pays chauds, la difficulté est toujours grande, et l'erreur certaine pour tous ceux qui n'ont pas de notions assez précises de cette affection, pour la faire entrer dans leur analyse clinique et pour diriger l'interrogatoire dans la voie nécessaire. Une fois prévenu de l'existence de cette affection dont les exemples se multiplient avec le développement des entreprises coloniales et des mouvements militaires, il ne lui sera pas difficile d'éliminer l'impetigo, l'ecthyma, le furoncle vulgaire, l'anthrax, les syphilomes pustulocrustacés, les tuberculomes et les papillomes simples, le sycosis en plaques, les folliculites agminées. Le tout est ou d'avoir vu, ou d'être suffisamment en éveil, et de soulever la question dans tous les cas où le diagnostic des lésions susindiquées ne s'imposera pas par des caractères certains.

L'auto-inoculation, l'examen bactériologique, les inoculations aux animaux, peuvent toujours être invoqués dans les cas litigieux.

Les premières atteintes du bouton ne mettent pas l'individu à l'abri d'atteintes nouvelles; il semble cependant qu'il y ait une atténuation dans ces atteintes nouvelles, et que quelques sujets acquièrent l'immunité. Cette constatation a besoin d'être soumise à une nouvelle enquête; elle mérite d'autant mieux l'attention que, seule, elle peut établir sûrement si le bouton endémique est ordinairement, ou quelquefois, une maladie infectant l'économie, ce que rendent vraisemblable, mais ce que n'ont pas encore démontré, les recherches en cours d'exécution. En tout cas, l'infection est bénigne et ne semble jamais avoir donné lieu à des localisations viscérales importantes chez l'homme.

Non seulement le bouton endémique est propre à certaines régions, mais encore, dans les mêmes localités, il se développe inégalement dans les différentes années; il a, en outre, des périodes de floraison, de germination et de sommeil; la floraison commence avec les mois de septembre et d'octobre, la germination dure jusqu'au mois de janvier et de février, après lesquels il ne se produit plus de nouveaux cas. Les termes de « *maladie des dattes* » ou de boutons de pluie « *rain boils* » indiquent seulement les périodes climatériques auxquelles les paroxysmes endémiques se produisent. En tout cas, l'élément pathogène est attaché au sol, et l'on peut dire avec TILBURY FOX : « *The boils appear to be of a malarious origin.* » — *Loc. cit.*, p. 248.

Le traitement n'est pas encore fixé; on peut assurément détruire avec le cautère actuel, radicalement, les lésions, mais on ne saurait oublier qu'elles ont leur siège sur les parties découvertes, que leur guérison spontanée est certaine et que le traitement ne doit pas aggraver le résultat à intervenir.

Nous avons sans succès employé l'électropuncture ignée, ne pouvant

donner, sans manquer au principe ci-dessus énoncé, une profondeur nécessaire à l'action destructive. Nous ne mettons pas en doute, cependant, que ce moyen, employé *au début*, ne suffise pour éteindre immédiatement les foyers naissants.

Le fatalisme des Orientaux s'accommode aisément des résultats de la marche curative spontanée s'effectuant sous la croûte protectrice; et VIDAL admet que l'on a peut-être raison de les imiter, à moins qu'on ne se trouve en présence de cas à tendance ulcéreuse peu marquée. Cette résignation, cependant, ne doit être acceptée, et nous ne l'acceptons que comme un pis aller; nous pensons que des tentatives bien dirigées de médication active, à l'aide des procédés très perfectionnés de la méthode antiparasitaire et antiseptique, doivent être instituées à nouveau et poursuivies avec la précision nécessaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

B. DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES.

DERMATOSES CHRONIQUES AVEC CARACTÈRE INFLAMMATOIRE (PROCESSUS-EXUDATIFS, HEBRA)

Signification anatomique et division clinique des processus chroniques caractérisés par des processus inflammatoires. — Dermatoses squameuses.

PSORIASIS

Messieurs, avec l'étude des dermatoses chroniques caractérisées essentiellement par l'inflammation, nous nous trouvons au cœur de la dermatologie proprement dite. Bon nombre des affections dont il a été question jusqu'à présent, notamment les maladies inflammatoires aiguës, rentrent, en raison d'une partie de leurs symptômes, dans le cadre de la pathologie médico-chirurgicale, et vous pouvez les retrouver dans tous les traités classiques. Il n'en est plus de même du groupe de maladies dont nous allons actuellement nous occuper, et qui ne comprend que des affections propres à la peau.

Comme l'indique déjà la dénomination générale de dermatoses exsudatives chroniques, on trouve au fond de toutes ces maladies un trouble de nutrition qui se déroule d'une manière chronique et qu'on peut désigner comme inflammatoire ou exsudatif, puisqu'on ne rencontre dans ces cas que quelques symptômes inflammatoires, mais non leur ensemble complet. De ces phénomènes, on voit prédominer tantôt

l'injection vasculaire (rougeur), tantôt l'exsudation ou la prolifération des éléments de tissu. En même temps, ces processus atteignent soit principalement la couche papillaire ou même les couches profondes du chorion, soit seulement les glandes et le tissu périglandulaire le plus immédiat, ou surtout l'épiderme. Comme il peut se faire que le processus inflammatoire parvienne à un degré aigu typique, et que certaines de ces formes, comme l'eczéma, ait eu, en général, un début aigu, il est difficile, en prenant pour base ces très faibles différences anatomiques, de séparer les unes des autres la plupart des formes morbides qui appartiennent à cette classe.

Par conséquent, il est préférable, à l'exemple de Hebra, de tenir principalement compte, à côté des altérations anatomiques saillantes, des caractères cliniques les plus marqués, et de diviser, d'après ces données, les dermatoses chroniques à base inflammatoire en cinq groupes :

1° Dermatoses squameuses : psoriasis, pityriasis rubra, lichen des scrofuleux, lichen ruber;

2° Dermatoses prurigineuses : eczéma, prurigo;

3° Folliculites : acné, sycosis, acné rosé;

4° Éruptions pustuleuses : impetigo, ecthyma;

5° Éruptions bulleuses : pemphigus.

Nous nous occuperons d'abord des affections appartenant au premier groupe.

1. DERMATOSES SQUAMEUSES

PSORIASIS

Sous le nom de psoriasis on désigne, depuis Willan, une affection de la peau caractérisée par des amas de squames, sèches, blanches, brillantes, formant de petites élevures punctiformes ou des plaques plus grandes, discoïdes, reposant sur une base parfaitement circonscrite, rouge et saignant facilement.

Les formes extrêmement variables de la maladie dérivent toutes d'efflorescences primaires de même nature; celles-ci se présentent comme de petites élevures rouge vif jusqu'à rouge brun, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui pâlissent sous la pression du doigt au point de disparaître complètement et se recouvrent dans l'espace de quelques jours d'une petite squame épidermique blanche (1). Si on l'enlève avec

(1) Nous avons toujours trouvé la squame psoriasique constituée, et démontrable, partout où existait le point le plus petit, alors même qu'il fallait employer la loupe pour le constater. E. B. — A. D.

l'ongle, ce qui est très facile, on aperçoit sur la base rouge de nombreux petits points saignant. Ceux-ci correspondent à autant de petits vaisseaux des papilles, qui, gonflées par hyperhémie, faisaient saillie et ont été lésées par le grattage (1).

Si plusieurs de ces efflorescences primaires existent en même temps sur la peau, on a le psoriasis ponctué. Lorsque la rougeur, la tuméfaction et les squames consécutives s'étendent à la périphérie de cette première tache, le psoriasis est dit en gouttes, et nummulaire ; les plaques squameuses ont alors les dimensions d'une goutte ou d'un centime, à base de même grandeur, rouge, légèrement tuméfiée. Le même phénomène se continue pendant une à trois semaines, au point de former des disques de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent ou plus grands, qui présentent toujours les mêmes caractères, amas de squames faciles à enlever (2) et base rouge pouvant être aisément lésée.

---

(1) Hebra a eu grand'raison de faire remarquer avec quelle facilité le réseau vasculo-papillaire sanguin pouvait être déchiré dans le psoriasis aussitôt les squames enlevées, le plus léger frottement de l'ongle fait sourdre à la surface de la tache psoriasique autant de fines gouttelettes sanguines qu'on a lésé de sommets papillaires. C'est là un excellent élément de diagnostic différentiel que Devergie avait également relevé et signalé très utile en clinique comme adjuvant, mais qu'il ne serait pas prudent de considérer comme absolument pathognomonique. E. B. — A. D.

(2) Infiltrés d'air et dissociés dans leur étage supérieur, les agglomérats de squames psoriasiques sont plus ou moins faciles à détacher par fragments, plus ou moins friables ; quelquefois ils peuvent être enlevés tout d'une pièce par l'ongle mené assez profondément sous la plaque ; ils forment le surtout de l'*élément* psoriasique, au-dessous duquel celui-ci apparaît comme un disque rouge, portant l'empreinte des couches épithéliales qui viennent d'être enlevées, lisse, brillant, quelquefois très légèrement humide.

Le vernis épithélial mince et fragile qui donne ces derniers caractères à l'élément psoriasique — cuticule sous-squameuse — est vraiment spécial au psoriasis, et c'est avec raison que L. Duncan-Bulkley — Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of Psoriasis, *in Archives of Dermatol.*, 1879, p. 129 — a attiré l'attention sur sa valeur diagnostique. Il faut ajouter, cependant, que des caractères bien analogues, au moins pour un médecin non dermatologiste, peuvent se rencontrer dans d'autres affections, telles que l'eczéma stéatidrosique du cuir chevelu par exemple, etc. Il faut voir, dans ces caractères objectifs, des éléments de diagnostic très utiles, mais il y aurait quelque exagération à les transformer en *signes* absolus, constants et infaillibles.

Des variétés très nombreuses interviennent dans la consistance, le mode de déhiscence, l'épaisseur des squames ; quelquefois, l'amas épithélial est presque amorphe, pulvérulent ; d'autres fois, il est dis-

Dans les plus grands disques, la plaque squameuse est entourée d'un liséré rouge (1). On reconnaît aussi que, dans la progression du processus, la rougeur et la tuméfaction de la peau précèdent la formation des squames (2). Par l'extension directe de chaque plaque et par la réunion de plusieurs groupes voisins, il se constitue des plaques psoriasiques plus étendues et de formes irrégulières, de rougeur uniforme, et recouvertes d'amas de squames, toujours nettement limitées et entourées d'un rebord rouge, — psoriasis figuré, géographique, diffus et généralisé.

Mais, le plus souvent, chaque plaque ne dépasse pas la dimension d'une pièce de cinq francs en argent ou celle de la paume de la main, et rétrocède après être restée stationnaire quelque temps, ce que l'on reconnaît à ce que le liséré rouge ne progresse plus. Avec la diminu-

---

posé en couches stratifiées nettement, que l'on peut feuilleter ; quelquefois enfin, on n'en distingue pas seulement les étages, mais les formations concentriques, qui dessinent à la surface de la plaque des contours conchyloïdes, et achèvent, quand les superpositions sont nombreuses, l'assimilation avec les concrétions du *type rupia*, assez manifestement pour que l'on ait décrit un « psoriasis *rupiaforme* ».

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le liséré rouge n'est pas constant et il varie selon les sujets, l'état de la circulation générale, les conditions individuelles, la période évolutive de l'élément ; il manque dans les plaques anciennes, immobilisées ou en régression curative ; il est surtout hyperhémique, et il n'élève que très peu d'ordinaire le niveau du tégument ; jamais il ne forme un bourrelet, ni même un ourlet. E. B. — A. D.

(2) Ce point est vivement contesté, et il est bien difficile de le fixer histologiquement ; cliniquement, nous avons vu bien souvent la squame être le premier phénomène appréciable.

La conception du psoriasis, telle que AUSPITZ l'a formulée, c'est-à-dire comme un paratype du processus de kératinisation, l'atypie épidermotrophique se retrouvant jusque dans les couches épidermiques jeunes, mais à un moindre degré, et toutes les lésions irritatives (non vraiment inflammatoires) du derme, étant *secondaires*, n'est pas à rejeter sans examen. Elle concorde parfaitement avec la notion du développement primitif, dans la zone de kératinisation, des troubles de nutrition qui constituent les lésions du psoriasis. Cf. PÉCIRKA — Zur Histologie der Psoriasis — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887, n° 2 — dont les préparations montrent le psoriasis comme étant nettement une maladie de la portion épithéliale de la peau, résultant d'une croissance atypique et d'une kératinisation irrégulière de l'épithélium ; les modifications subjacentes, infiltrats de petites cellules autour des vaisseaux sous-papillaires et interpapillaires, etc., sont secondaires.

E. B. — A. D.

tion de la rougeur et de la tuméfaction, diminuent aussi la sécrétion de l'épiderme et son accumulation ; les lamelles deviennent plus minces, moins adhérentes, et, lorsque la rougeur a tout à fait disparu, les dernières squames tombent. Ces points se recouvrent d'un épiderme uni et de couleur normale, ou particulièrement pigmenté, dans les parties où l'hyperhémie a persisté longtemps dans les régions où, comme aux extrémités inférieures, le retour du sang est plus lent.

Le plus souvent, cette guérison se produit simultanément dans toute l'étendue d'une plaque ; toutefois, dans quelques-unes et parfois dans toutes, elle survient de telle façon que ce sont d'abord les plus anciennes, en commençant par les parties centrales, qui pâlissent et guérissent, tandis que la rougeur et la formation des squames progressent à la périphérie. C'est ainsi que se forment des cercles rouges, squameux, qui peuvent s'étendre considérablement, — psoriasis annulaire (lèpre de Willan), et par leur rencontre, ainsi que par la disparition des points de contact, des lignes serpigineuses, — psoriasis linéaire (*p. gyrata*).

Les diverses formes sous lesquelles le psoriasis peut survenir ne présentent, par conséquent, que des degrés différents de développement et de régression de ce même processus, lesquels sont soumis eux-mêmes à une évolution continuelle. C'est donc ainsi et non autrement, comme Hebra l'a démontré, qu'il faut comprendre le psoriasis annulaire, et par conséquent il ne mérite pas un nom particulier (lèpre de Willan) (1).

Le développement et la résorption de chaque plaque de psoriasis ont lieu quelquefois d'une manière très rapide, dans l'espace de quelques

(1) Ce point n'est plus aujourd'hui en question ; la « lèpre vulgaire », la « lèpre de Willan » est universellement annexée au psoriasis ; nous ferons remarquer seulement que le mécanisme de formation des anneaux n'est pas constamment le procès centrifuge ; les cercles, les croissants, les crosses et les lignes de toute espèce peuvent naître de la juxtaposition systématique des éléments éruptifs. La disposition de l'élément éruptif, envisagée en elle-même, ne représente qu'une variété morphologique ; mais quand la prédominance de cette disposition est très accentuée, la maladie prend vraiment un aspect particulier. Quelques malades n'ont jamais que ces formes figurées, parfois avec une mobilité et un caractère ambulatoire qui méritent d'être opposés aux formes dans lesquelles les efflorescences se perpétuent sur une même place.

Ces psoriasis figurés, généralisés ou discrets et localisés, constituent une des variétés atypiques de cette maladie les plus ambiguës, par leur ressemblance avec l'eczéma squameux figuré et avec les syphilides circinées papulo-squameuses.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

semaines, d'autres fois très lentement. Dans le premier cas, les amas de squames sont moins adhérents, d'un blanc brillant, se détachent facilement, de sorte qu'elles tombent en grande quantité soit au lit, soit sur le sol, si on passe la main sur les parties malades. Leur production et leur chute ont lieu très rapidement. Toutefois, sur les plaques longtemps stationnaires, les squames épidermiques s'accumulent sous forme d'amas discoïdes, épais, très adhérents, durs et le plus souvent d'un blanc sale et même brun.

Quant à la localisation, à la disposition et à l'étendue, le psoriasis présente les plus grandes différences. On voit des cas dans lesquels il n'y a qu'une (1) ou plusieurs plaques, d'autres où on les trouve disséminées en grand nombre, et d'autres enfin dans lesquels la maladie est généralisée. Le mode de distribution est ordinairement très irrégulier. Au tronc, les plaques qui sont encore séparées sont habituellement disposées en séries parallèles à la direction des côtes (aux sillons cutanés). Les côtés de l'extension des membres, les genoux et les coudes, le cuir chevelu et le sacrum sont les points de localisation les plus fréquents du psoriasis et sont, pour cette raison, presque régulièrement envahis par des plaques recouvertes de squames d'apparence sale, stationnaires, anciennes, épaisses (2). Au cuir chevelu, les squames s'accumulent

---

(1) Il est vraiment rare, et *exceptionnel*, qu'il n'y ait qu'*une* seule plaque de psoriasis ; lorsque cette observation se présente, il faut redoubler d'attention et de sévérité dans l'examen du malade, en faisant porter l'enquête sur *toute* la surface du corps ; si cette plaque de « psoriasis » est véritablement unique, il sera nécessaire, avant d'en porter le diagnostic ferme, d'éliminer la série des affections qui peuvent être *psoriasiformes*, l'eczéma, les syphilides, le lupus érythémateux, le lichen, etc. E. B. — A. D.

(2) La localisation typique du psoriasis aux coudes et aux genoux n'a pas tout à fait la valeur propre que lui attribuent les auteurs, même les plus récents. D'une part, cette localisation peut *manquer* dans le psoriasis le plus indubitable, et, de l'autre, elle peut exister dans le lichen, dans la syphilis, dans l'eczéma ; elle existe également dans le pityriasis rubra pilaire. Force est donc de modifier l'ancien thème classique sur lequel on prononçait victorieusement le nom de psoriasis quand une lésion squameuse affectait les coudes et les genoux ; mais il faudra aussi le modifier dans le thème nouveau proposé par UNNA, et faire une base de distinction entre le psoriasis et les eczémas psoriasiformes sur la localisation aux sommets d'extension ; l'eczéma psoriasiforme séborrhéique, du type le plus net, peut être observé aux lieux d'élection du psoriasis. Mieux vaudra tenir ce caractère pour ce qu'il vaut, et ne pas y soumettre entièrement le diagnostic.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

en masses très adhérentes, entremêlées avec les cheveux, épaisses, inégales et comparables à du mortier desséché (1).

Mais toutes les autres régions de la peau, la face, le tronc et les membres peuvent aussi être le siège de psoriasis; quelques-unes même deviennent malades régulièrement sur les côtés de flexion du corps; seules, la paume des mains et la plante des pieds restent régulièrement indemnes de psoriasis, même lorsque la maladie est généralisée, et n'en sont atteintes que très exceptionnellement, contrairement à la fréquence avec laquelle ces mêmes régions sont envahies par la syphilis, affection souvent méconnue par suite de sa détermination vulgaire de psoriasis palmaire et plantaire (c'est-à-dire syphilitique) (2).

La forme, la localisation, l'étendue, en un mot tous les caractères du

---

(1) Au cuir chevelu, comme ailleurs, on observe de très grandes variétés; le psoriasis y est souvent desquamatif en forme de lamelles de son, constituant ainsi une grande difficulté de diagnostic avec l'eczéma figuré, le lupus quelquefois, et une cause de l'erreur banale dans laquelle se complaisent un grand nombre de médecins, pour qui toutes les affections squameuses du cuir chevelu sont un « pityriasis ». Mais, dans beaucoup de cas, la comparaison de l'auteur est exacte; les squames se superposent en masses plâtreuses, traversées par les cheveux, et, chez les sujets qui restent sans les soins appropriés, atteignent une élévation considérable; la main passée sur le cuir chevelu parcourt une surface montagneuse, dont la constatation est importante, mais non pathognomonique. E. B. — A. D.

(2) Bien qu'ils n'ignorent pas que le « psoriasis » n'est jamais syphilitique, sans quoi il cesserait d'être un *psoriasis*, tous les syphiligraphes n'ont pas renoncé au terme de psoriasis *syphilitique* pour désigner les syphilides cornées ou squameuses de la paume de la main ou de la plante des pieds. Il en résulte que la généralité des médecins suit le même errement, en l'exagérant comme c'est l'usage, et que, pour plusieurs, la constatation de quelque chose de corné ou de squameux à la paume de la main leur fait immédiatement dire : ce malade a « le psoriasis », ou le « psoriasis palmaire », ce qui est, pour eux, synonyme de syphilis.

Communément, le psoriasis respecte non seulement les faces palmaire et plantaire des extrémités, mais encore la main et le pied en entier. Dans beaucoup de cas, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radiocarpienne isole les extrémités (de la partie malade), comme si celles-ci avaient été trempées dans un liquide préservateur. Cette disposition est manifeste alors même que, comme cela est l'ordinaire, quelques points ou quelques gouttes s'éparpillent sur le dos de la main ou des phalanges, ou s'échappent vers le bord interne du pied, en avant de la malléole interne.

Exceptionnellement, le psoriasis s'accumule sur le dos des doigts et des mains, alors qu'il reste plus ou moins discret sur le reste du corps; dans les cas même où il est limité à la paume des mains et à la plante

psoriasis varient même, chez chaque malade, suivant la nature et la période de l'affection.

La marche du psoriasis est extrêmement chronique, mais non continue; elle est composée de périodes d'augmentation ou de diminution se succédant irrégulièrement.

Il est assez rare que la maladie, chez un individu indemne de psoriasis jusque-là, se manifeste sans symptômes précurseurs, sous forme d'éruption générale aiguë, ou de plaques discrètes disséminées, croissant lentement et augmentant par le fait de nouvelles plaques qui se produisent en petit nombre. Habituellement, on voit un malade porter pendant plusieurs années, aux coudes, aux genoux et au cuir chevelu, rarement sur d'autres points du corps, des plaques anciennes, sèches et dures, qui ne subissent presque aucun changement. Alors de nouvelles taches de psoriasis surviennent sans cause appréciable sur d'autres parties du tégument, parfois disséminées, d'autres fois con-

---

des pieds, sa bordure rouge se retrouve courant sur la ligne de séparation des faces dorsale et palmaire ou plantaire.

Dans quelques cas, le type normal peut être absolument renversé; les plis de flexion, les surfaces de contact sont occupés, en tout ou en parties, symétriquement ou sans symétrie, par les efflorescences psoriasiques, le côté de l'extension et les sommets étant épargnés. Ces formes *atypiques* présentent des difficultés particulières de diagnostic et demandent beaucoup de réserve dans l'interprétation; même restriction pour toutes les localisations solitaires ou très discrètes. Les unes et les autres réclament un *triage* plus sévère que celui qui est usité aujourd'hui généralement, et une différenciation attentive d'avec les formes d'eczéma psoriasiforme, sébacé, lamelleux, auxquelles Bazin a surtout emprunté pour constituer son *psoriasis arthritique* dans les deux variétés scarlatiniforme et nummulaire, dont la plus grande partie est manifestement du type de l'*eczéma* séborrhéique nouveau.

L'auteur a omis de soulever cette difficulté de l'*eczéma-psoriasis* ou du *psoriasis-eczéma*, mais il est essentiel de l'agiter, car elle est de tous les jours, et le lecteur a droit à être informé, d'autant mieux que, sur ce diagnostic, doit être basée une question de pronostic de première importance que Bazin avait reconnue sans en comprendre toute la portée. « Le psoriasis arthritique, dit-il, *bien différent du psoriasis herpétique, peut disparaître* par l'évolution naturelle de la maladie. » Cela seul aurait pu suffire pour inspirer des doutes motivés sur la qualité psoriasique réelle de ces affections.

« Il a pour siège de prédilection les parties génitales et les régions exposées à l'air: la tête, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains et la plante des pieds. Il se montre rarement aux coudes et aux genoux, sur lesquels se développe de préférence le psoriasis dartreux. »

En observateur consommé, Bazin n'avait pas manqué non plus de noter le caractère eczémateux de ces « psoriasis »; aux mains et aux

fluentes, lesquelles, augmentées par un développement continu et par de nouvelles efflorescences, occupent, dans l'espace de peu de semaines, une grande partie de la surface cutanée. Au bout de quelque temps, les nouvelles plaques se résorbent, l'éruption cesse, et le psoriasis disparaît en ne laissant que quelques plaques qui sont limitées le plus habituellement aux lieux d'élection, dont il a été question ci-dessus. Il s'écoule alors une période de santé relative pouvant durer des semaines et des mois, et qui est suivie à son tour d'une période d'exacerbation. Il en est ainsi pendant des années, durant toute la vie; les périodes alternantes d'amélioration et d'aggravation se succèdent très inégalement sous le rapport de la durée ainsi que de l'intensité des exacerbations ou des rémissions, et il est impossible de constater aucune régularité en ce qui concerne les saisons, les conditions extérieures, etc.

A l'occasion d'une exacerbation, l'éruption peut devenir générale, c'est-à-dire que la peau, du sommet de la tête aux orteils, est tendue,

---

pieds, il signale l'écoulement d'une « sérosité plastique qui se concrète sous forme de croûtes ».

« Le psoriasis nummulaire, ajoute-t-il, présente des squames qui *ressemblent* à celles du psoriasis dartreux; cependant, elles en diffèrent à plusieurs égards. Ainsi, elles n'ont jamais ni la couleur blanche, argentée, ni l'état de sécheresse si remarquable qui caractérisent les squames du psoriasis dartreux; elles offrent parfois, et accidentellement, une certaine tendance à l'*humidité* ou un aspect particulier qui la fait craindre sur quelques points.

« L'affection est même successivement, parfois simultanément, squameuse et *humide. Il devient alors difficile de décider si l'on a affaire à un eczéma ou à un psoriasis.* »

« On trouve, sur une des régions indiquées plus haut, de larges plaques rouges, irrégulièrement arrondies, légèrement saillantes, couvertes d'une squame mince sur une partie de leur étendue, et simplement érythémateuses sur le reste. Dans quelques cas, ce n'est que tout à fait sur la limite des placards érythémateux qu'il existe des squames psoriasiques, d'ailleurs parfaitement reconnaissables à leur couleur blanchâtre. Dans d'autres cas, l'élément primitif est susceptible d'être remplacé par un autre. *Ainsi, il n'est pas rare de voir l'affection sécréter et se transformer en une affection eczémateuse; et réciproquement, cet eczéma peut se transformer en un psoriasis.* » — BAZIN, *Leç. théor. et clin. sur les aff. cut. de nature arthritique et dartreuse*, réd. et publ. par JULES BESNIER. Paris, 1868, p. 260 et suiv.

En résumé, l'état sec, la forme nummulaire, l'exfoliation squameuse, la localisation, etc., ne doivent plus, aujourd'hui, être pris comme pathognomoniques; le diagnostic doit être basé seulement sur l'ensemble complet du caractère actuel, ou passé, de la maladie, car il n'existe pas encore, entre certaines formes d'eczéma psoriasiforme et le psoriasis incontestable, d'élément pratique immédiat ni absolu de distinction clinique; les mêmes difficultés persistent, en certaines régions surtout, pour le lichen squameux en plaques, le pityriasis rubra pilaire et les syphilides squameuses. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

d'un rouge uniforme, squameuse, chaude, sèche, brillante en certains points, satinée, sensible. La peau de la face paraît rétractée, la paupière inférieure semble en ectropion, les malades restent accroupis, parce que chaque tentative pour s'étendre amène des déchirures de la peau et des fissures sanguinolentes. Les cheveux tombent facilement, il se produit même une calvitie passagère ou persistante. Des frissons continuels, de vives démangeaisons, de la fièvre, des troubles gastriques, le hoquet, l'insomnie, l'inappétence, de l'amaigrissement et divers accidents graves accompagnent cet état. Cependant il peut encore se produire une amélioration partielle après un intervalle de plusieurs mois et par un traitement approprié, même dans un court laps de temps. Certains malades éprouvent, à plusieurs reprises, une semblable aggravation de leur maladie (1).

---

(1) Le développement, au cours d'un psoriasis, de dermites très étendues ou généralisées, du type des *dermatites scarlatiniformes*, fait partie essentielle de l'histoire du processus psoriasique.

Chez quelques sujets, ces éruptions aiguës, qui s'accompagnent d'un état général proportionné à l'étendue et à l'intensité des phénomènes cutanés, proviennent de l'application d'excitants ou d'irritants extérieurs; nous les avons, dans notre pratique, observés à la suite de l'enveloppement au caoutchouc trop généralisé et imparfaitement appliqué, et plus ordinairement à la suite des agents médicamenteux de tout ordre appliqués à la cure du psoriasis. Quelques sujets ont, soit momentanément, soit constamment, ce que nous appelons le « psoriasis *irritable* » et ne supportent aucune application sans avoir une poussée d'érythème, de dermite scarlatiniforme.

Leur durée peut être longue et dépasser plusieurs mois; les cheveux, les poils, les ongles, peuvent tomber; des complications viscérales, cardiaques, rénales, vésicales, pulmonaires, peuvent apparaître au cours de l'évolution; mais, en général, quand il s'agit *vraiment* de dermatites *psoriasiques, le pronostic est favorable;* la maladie finit par guérir, le prurit, la rougeur, la desquamation foliacée, pityriasique, vont en diminuant; les poils réapparaissent, se reproduisent aussi solides qu'avant la crise; puis tout rentre dans l'ordre; une accalmie complète se produit, ou bien le psoriasis reprend son aspect ordinaire sans transition.

Ces cas *ne se confondent pas* avec les accidents définitifs et permanents qui répondent aux dermatites cachectiques ultimes individualisées par Bazin sous le nom d'herpétide exfoliatrice, tardive, maligne, et dont le pronostic est tout distinct.

La plupart des auteurs ont négligé ces distinctions; il faut faire exception pour Devergie — voy. *Traité prat. des maladies de la peau,* 2ᵉ édition, Paris, 1857, p. 467 — qui a décrit la plupart des particularités les plus importantes de cette question sous le titre de « psoriasis aigu » ou « psoriasis rubra ».

Rappelons enfin, pour prévenir toute confusion, que le psoriasis

Exceptionnellement, on peut être atteint pendant toute sa vie d'un psoriasis limité aux côtés de l'extension des articulations et des membres, sans que des poussées intercurrentes se produisent sur d'autres parties de la peau.

De même que les cheveux révèlent leur état maladif par une chute rapide, les ongles sont aussi atteints dans tous les cas de psoriasis de longue durée et deviennent secs, opaques, cassants et se désagrègent facilement (1).

---

scarlatiniforme de Bazin n'a rien à voir avec les érythrodermies dont il vient d'être question; ce « psoriasis scarlatiniforme » est la première variété du « psoriasis *arthritique* » de cet auteur; on ne peut le rapporter qu'à certaines variétés de psoriasis intertrigo ou de psoriasis irrité accidentellement, peut-être même de psoriasis irritable, et surtout aux eczémas *psoriasiformes*. Voici les caractères donnés par Bazin :

« Dans la plupart des cas, le psoriasis scarlatiniforme se développe simultanément à la plante des pieds, à la paume des mains, à la racine des cheveux et aux organes génitaux; cependant, il peut aussi apparaître successivement sur ces différentes régions, ou se borner à quelques-unes d'entre elles.

« Il est caractérisé par un sentiment de brûlure, de tension et par des élancements dans les parties affectées; il offre une desquamation qui a lieu par larges plaques épidermiques, analogues à celles qu'on observe dans la scarlatine ; au-dessus des squames, la peau épaissie présente une coloration rouge vif ou lie de vin, qui ressemble à la couleur de l'éruption scarlatineuse.

« A la paume des mains et à la plante des pieds, les squames sont plus épaisses ; il y a des fissures profondes, desquelles s'écoule une sérosité plastique qui se concrète sous forme de croûtes. Les mains et les pieds sont le siège d'une douleur et d'une tension très vives qui les rendent immobiles; les doigts et les orteils sont ordinairement demi-fléchis et retenus dans cette position. » ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les lésions des ongles et l'état des poils dans le psoriasis réclament quelques détails complémentaires.

Il y a : 1° un *psoriasis des ongles*, isolé, sans manifestations autres; 2° un grand nombre de cas de psoriasis avec *localisations unguéales;* 3° bien que rarement les poils peuvent être altérés.

a) *Psoriasis des ongles*. Le psoriasis des ongles peut débuter par tous les points du lit de l'ongle, comme l'a très exactement observé VÉRITÉ à la Bourboule; tantôt il apparaît comme une tache, quelquefois ecchymotique, d'autres fois comme une simple opacité, plus souvent latérale que centrale, et tendant à s'étaler vers les bords latéraux ou vers le bord libre ; il est *décollant*, et le détachement partiel de l'ongle est un des caractères de l'évolution les plus importants et les plus désagréables pour le patient. Quelquefois, tous les doigts, aux deux mains, sont atteints, tantôt quelques-uns seulement, d'ordinaire symétriquement; la marche du psoriasis des ongles est essentiellement torpide et longue, le traitement peu efficace. Localement, nous employons surtout les bains de décoction de feuilles d'eucalyptus (5 gr. pour un litre d'eau) additionnés de goudron émulsionné, l'huile de cade, ou la solu-

De même que Hebra, je n'ai jamais observé de maladie analogue au psoriasis sur la muqueuse de la cavité buccale (1); mais, chez quelques

---

tion alcoolique de goudron (Vérité), introduites entre l'ongle décollé et le lit unguéal, l'occlusion avec l'emplâtre de plomb ou de mercure.

b) *Localisations unguéales du psoriasis.* Dans le cours du psoriasis, les *localisations* unguéales sont très fréquentes. Tantôt ce sont des taches sous-unguéales opaques, ou une opacification générale; tantôt, l'ongle conservant sa transparence, on observe des sillons transversaux profonds, uniques ou multiples, des exagérations diverses de la striation longitudinale physiologique, des ponctuations fines analogues à celles que ferait un poinçon sur la cire molle, etc. Ces dernières altérations, les plus ordinaires, n'ont rien de spécifique; on les peut observer identiques chez les eczémateux, à tel point que, lorsque (ce qui n'est pas très rare) la lésion unguéale existe isolée, il n'est pas aisé de la déclarer psoriasique ou eczémateuse; mainte autre altération peut encore être constatée : dégénérescence lamelleuse opaque de l'ongle entier (surtout aux extrémités inférieures), avec épaississement, déformation et chute totale, exfoliation fibrillaire (en moelle de jonc), amincissement et transparence extrêmes, inclusion de l'ongle sous un revêtement d'épiderme — psoriasis super-unguéal, Obs. de Vérité — etc., etc.

Dans les cas de dermatite exfoliante secondaire au psoriasis arthropathique, au psoriasis irritable, etc., il est très fréquent de voir l'ongle entier devenir plâtreux, opaque, se confondre avec le surtout squameux du doigt, et se détacher seul ou à la moindre traction, n'adhérant plus que par la ligne d'insertion radiculaire. La restitution de ces ongles se fait intégralement, alors même que leur mue se renouvelle à plusieurs reprises.

Généralement, les poils sont peu altérés pendant le cours du psoriasis si celui-ci est simple; c'est seulement à la longue qu'ils s'altèrent, au prorata des troubles de sécrétion qui atteignent l'appareil sébacé ou sudoral. Mais il est, au contraire, de règle, dans les accès de dermatite scarlatiniforme psoriasique, de voir les poils muer complètement; dans les accalmies, la restauration se fait, comme pour les ongles, *ad integrum.* Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) L'auteur ne traite pas la question du « psoriasis *des muqueuses* »; il a raison, car cette localisation n'est pas établie, mais le fait est assez remarquable pour arrêter un instant l'attention, ne serait-ce que pour protester contre la dénomination fâcheuse qui a été donnée par Bazin à une maladie différente à tous les titres. A la vérité, beaucoup d'auteurs, même parmi ceux qui abusent le plus du « psoriasis des muqueuses », ne font aucune assimilation entre le psoriasis véritable et les maladies qu'ils désignent ainsi ; mais ils contribuent à perpétuer une erreur, et ils propagent une nomenclature tout à fait défectueuse.

Il n'y a de psoriasis vrai ni à l'orifice vulvaire, ni sur la conjonctive, ni sur la muqueuse des lèvres, de la bouche, de la langue; il est superflu de rappeler que le fourreau et le gland, les grandes lèvres, sont recouverts par un revêtement cutané et non muqueux. Aux lèvres buccales, la *portion exposée* de la surface rouge est mixte, et ce n'est que tout à

psoriasiques, des plaques grises qui dérivaient de la syphilis ou correspondaient à la leucoplakie buccale non syphilitique (Schwimmer).

Comme phénomènes subjectifs, je citerai, outre ceux que j'ai déjà nommés (prurit (1), insomnie, inappétence), les douleurs articulaires rhumatismales (2) qui accompagnent habituellement les éruptions aiguës, le soif et la sécheresse de la bouche.

---

fait exceptionnellement que la bordure d'un élément psoriasique du voisinage y affleure; jamais, à moins de coïncidence, chez un même sujet, de « plaques blanches » des lèvres ou de la vulve, on ne voit même de juxtaposition entre ces éléments et une plaque de psoriasis vrai.

Toutefois, la langue présente quelquefois dans le psoriasis, comme dans l'eczéma, des lésions dont la coïncidence avec les poussées psoriasiques ne doit pas être laissée de côté; mais ces lésions ne sont pas de l'ordre de ce qui a été décrit sous le nom de « psoriasis buccal »; elles se rapprochent davantage de l'eczéma circiné de la langue, et les cas de « psoriasis » dans lesquels on les rencontre ont besoin d'être *vérifiés* à nouveau. E. B. — A. D.

(1) Le prurit dans le psoriasis manque souvent d'une manière complète; le plus habituellement, il est peu prononcé; à aucun titre, le psoriasis ne pourrait être rangé dans les dermatoses prurigineuses. Chez quelques malades seulement, il est très vif et s'accompagne de lésions de grattage; presque toujours, il y a plus ou moins de prurit dans les parties velues.

Accessoirement, quelques malades n'ont de prurit, mais quelquefois intolérable, que sous l'action des agents médicamenteux externes les plus divers; certains, sous l'action de divers aliments ou médicaments internes, qui provoquent chez eux une hyperesthésie réflexe.

E. B. — A. D.

(2) Dans la première édition de cette traduction nous avons déclaré (t. I, note 1, p. 495) que la question des rapports à intervenir entre le psoriasis, d'une part, et le « rhumatisme » ou la « goutte », de l'autre, était « à vérifier par des observations nouvelles ».

Ces observations, nous les avons faites, et nous avons amené plusieurs de nos élèves à les poursuivre. — Voy. H. Duron. Quelques considér. s. les rapp. du Psoriasis et du Rhumatisme, et, en particulier, du rhumatisme fibreux. *Thèse* de Paris, 1886, et, surtout, le très remarquable travail de Ch. Bourdillon, Psoriasis et Arthropathies, *Thèse* de Paris, 1888.

La question, telle que nous la présentons actuellement, est entièrement neuve, non que les anciens dermatologistes français n'aient pas vu ou publié des cas de psoriasis avec douleurs diverses ou avec arthropathies tout à fait semblables à ceux que nous produisons, mais parce que la *subordination* des deux choses, le psoriasis et les arthropathies, à une *même condition pathogénique* n'était pas soupçonnée.

On pourrait croire que Bazin, qui avait créé un psoriasis « *arthri-*

L'examen anatomique nous apprend que, localement, le psoriasis est constitué par une altération inflammatoire de la peau atteignant principalement la couche papillaire. Sur des coupes histologiques de mor-

---

tique », avait du moins ébauché la question; il n'en est rien; des trois observations qu'il produit, la seconde — Obs. XVII — intitulée : *Psoriasis nummulaire de la paume des mains — Douleurs rhumatismales — Alternance des deux affections* — est la seule qui ait quelque valeur et qui soit probablement un cas de psoriasis arthropathique vrai; dans la description, il ne s'occupe de rien autre que de la symétrie de son système et des caractères objectifs spéciaux que pouvaient offrir les dermatoses d'un même genre, suivant qu'elles étaient de l'*espèce* « arthritique » ou « dartreuse ». HARDY, — *Traité prat. et descr. des maladies de la peau,* Paris, 1886, p. 894, — contestant, à juste titre, la réalité des distinctions dermatographiques admises par Bazin, ajoute qu'il ne nie pas la coïncidence possible du psoriasis « et des douleurs rhumatismales ou des symptômes de la goutte ». Tout récemment encore, AUBERT, — Soc. des sc. méd. de Lyon, *Lyon médical*, 1886, p. 450,—à propos d'un cas de psoriasis généralisé avec déformations articulaires multiples, provenant de son service, insiste sur la rareté de ces cas. « C'est le premier, dit-il, qu'il ait rencontré jusqu'à ce jour; il constate la coexistence des deux maladies sans en pénétrer, toutefois, les relations intimes... Il n'a pas constaté de rapport entre la marche du psoriasis et celle du rhumatisme..... »

Il ne s'agit plus, en effet, seulement, comme semblent le croire encore quelques auteurs récents, de ce qu'indique le professeur KAPOSI, de « douleurs articulaires rhumatismales accompagnant habituellement les éruptions aiguës », ni même du psoriasis qui survient aux « rhumatisants » ou du rhumatisme qui se développe sur un sujet atteint de psoriasis, mais bien de quelque chose de plus élevé et de plus important pour l'histoire et pour la conception générale de la véritable nature du psoriasis. C'est-à-dire de l'unité pathogénique du complexus symptomatique, lequel reste entièrement distinct du rhumatisme vrai.

La fréquence du psoriasis arthropathique ne peut encore être fixée numériquement; nous avons donné, comme proportion approximative, 5 p. 100, sauf revision; mais nous ne croyons pas être excessifs dans notre appréciation. Dans un travail très intéressant, J.-A. FORDYCE — A combination of psoriasis and purpura rheumatica, in *Journ. of. cut. and. g. u. dis.*, oct. 1889 — fait remarquer que cette proportion lui paraît trop grande pour le pays où il observe; mais il ajoute judicieusement : « It may be however that their coexistence has been overlooked. » Il est rare qu'il n'y en ait pas un ou plusieurs exemples en permanence dans chacun des services de notre hôpital; et, sur ces malades, un ou deux sont atteints de la variété la plus grave, *psoriasis arthropathique généralisé déformant.*

Le lecteur qui voudra se rendre un compte précis de l'importance de ce sujet en trouvera tous les éléments dans l'importante monographie de notre élève distingué, CH. BOURDILLON. Limités par la mesure de ces

ceaux de peau recouverts de plaques psoriasiques récentes et prises sur le vivant (fig. 23), on trouve la couche muqueuse très développée; dans l'intérieur des papilles, les vaisseaux et le réseau lymphatique

---

notes, nous ne pouvons que reproduire ses *conclusions*, que nous avons approuvées :

a). — Chez un certain nombre de malades atteints de psoriasis, il existe :

1° Des douleurs dont le siège est multiple (névralgies — myalgies — mélalgies).

2° Des troubles articulaires pouvant varier depuis la *simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites.*

Ces phénomènes morbides, bien que longtemps passés inaperçus ou considérés comme exceptionnels, ou encore simplement rattachés à *titre banal au rhumatisme dans l'acception ancienne* de ce mot, ne sont pas des rencontres fortuites; et on ne peut méconnaître les liens étroits qui les unissent à la maladie cutanée.

b). — L'ordre dans lequel ils apparaissent par rapport à celle-ci n'est pas soumis à une loi constante : dans un petit nombre de cas, les arthropathies se sont établies *antérieurement* à la dermatose. Quelquefois, les deux affections ont débuté *simultanément*. Mais le plus souvent le psoriasis a été le *premier fait chronologique.*

c). — Les manifestations douloureuses et articulaires se combinent très fréquemment chez le même sujet, et il est possible que les formes névralgique, myalgique, mélalgique ou arthralgique se changent un jour en forme arthropathique proprement dite, accompagnée de déviations à divers degrés d'intensité.

d). — Cette dernière forme présente deux variétés : les *arthropathies partielles* (souvent noueuses); les *arthropathies généralisées*, qui sont les plus curieuses et dont on peut également distinguer deux types comparables, l'un au « rhumatisme osseux » et l'autre au « rhumatisme fibreux ».

e). — Il n'y a pas de signes objectifs du psoriasis qui puissent faire prévoir l'apparition des troubles articulaires; néanmoins, certains caractères de malignité, de persistance, d'universalité du processus cutané leur sont très souvent associés, et il est surtout un ensemble de phénomènes d'ordre nerveux que l'on rencontre avec une fréquence remarquable chez le malade ou chez les ascendants.

f). — En tenant compte des particularités inhérentes aux déformations, des conditions étiologiques, des antécédents héréditaires ou personnels, on constate que les raisons que l'on pourrait invoquer pour rattacher ces faits aux différentes formes du rhumatisme, « tel qu'on peut le comprendre dans l'état actuel de la science, et sous la réserve des considérations que nous avons émises plus haut au chapitre consacré à cet objet, » ne sont pas suffisantes.

Au contraire, ces mêmes considérations et l'absence de toute autre cause capable de les expliquer en dehors d'une influence trophique nous permettent de les rapprocher des arthropathies d'origine nerveuse, ou *périphérique*, ou *surtout médullaire.*

g). — Cette interprétation, bien que purement théorique, est parfaitement en rapport avec l'idée, assez en faveur aujourd'hui, de la nature trophonévrotique du psoriasis; car, en admettant même qu'on puisse en faire une affection parasitaire, le système nerveux doit intervenir tout au moins comme

sont distendus et contiennent de nombreuses cellules, surtout autour des premiers, dont la paroi paraît ainsi épaissie.

Cet état histologique sur une papule plate, émergente, rouge, dure, pâlissant à la pression, sur laquelle, comme dans la figure 23 en *a* (couche cellulaire cornée), on ne voit encore aucun cône de squames, démontre, en connexion avec les symptômes cliniques, combien sont dans l'erreur ceux qui, depuis Robinson et Jamieson, considèrent la prolifération du réseau comme le phénomène primaire et essentiel dans le psoriasis et s'appuient sur cette notion erronée pour ranger cette dermatose, comme l'a fait Auspitz, parmi les « épidermidoses ».

Tous ceux qui ont vu une éruption aiguë généralisée de psoriasis savent qu'elle est constituée par de petites papules rouges, plates, pâlissant à la pression, qu'il est impossible de distinguer de celles de la variole, de l'herpès tonsurant ou de l'eczéma papuleux, ce n'est qu'après trois à quatre jours qu'elles deviennent caractéristiques, car on voit apparaître sur ces petites papules de légers amas épidermiques blancs (1).

---

l'intermédiaire nécessaire entre la cause extérieure et son effet sur la surface cutanée.

h). — L'anatomie pathologique des arthropathies décrites dans ce travail est encore à faire ; partant, la preuve de l'opinion que nous soumettons est également à trouver. Mais il faut bien reconnaître qu'avec les moyens d'investigation actuellement en notre pouvoir, les examens négatifs ne pourraient être fournis comme des objections décisives, car les altérations médullaires peuvent bien être purement *fonctionnelles ou dynamiques*.

i). — Les simples troubles sensitifs (névralgie, myalgie, mélalgie) que l'on peut observer au cours du psoriasis n'ont pas de gravité absolue. Ils méritent cependant une attention particulière en raison de la possibilité du développement ultérieur d'altérations plus profondes.

En raison de leur marche à peu près fatale, d'après nos observations, les arthropathies généralisées ont une gravité très grande et conduisent le malade à un état d'impotence extrême, résultant des déformations irrémédiables qu'elles produisent.

L'éventualité de leur apparition au cours d'un psoriasis doit inspirer, relativement au pronostic de cette dermatose, un peu plus de réserve que n'en apportent les auteurs.

j). — La thérapeutique à appliquer aux formes *névralgique*, *myalgique*, *mélalgique*, est assez bien réglée et peut apporter le plus grand secours au patient. Dans les *formes arthropathiques*, surtout pour les cas où l'intensité des éruptions est en même temps considérable, l'action des agents de la médication interne ou externe est beaucoup moins favorable. Si l'on peut soulager sûrement les malades, prévenir les déformations par une surveillance attentive, en réglant les attitudes et par des appareils appropriés, nous devons déclarer qu'aucune médication, parmi celles qui ont été déjà employées, ne peut être considérée comme vraiment efficace.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voy. la note 2, de la page 544. E. B. — A. D.

Comme sur les efflorescences primaires, on peut reconnaître distinctement sur le liséré de développement des anciennes plaques que l'altération inflammatoire des vaisseaux et l'infiltration cellulaire représentent dans le psoriasis le phénomène primaire, l'accumulation



Fig. 23.

Papule primaire de psoriasis, excisée sur le vivant.

Coupe verticale (faible grossissement), *c b* district de la papule, à l'intérieur de celle-ci les papilles (à droite de *c*) très allongées et dilatées, le réseau en *b* élargi par la tuméfaction des cellules, sans prolifération notable ; dans la région de *d*, c'est-à-dire correspondant à la base de la papule, infiltration cellulaire considérable autour des vaisseaux sanguins des papilles, comme de la partie supérieure du chorion, même encore autour des vaisseaux accompagnant un conduit excréteur de glandes sudoripares.

des squames, le phénomène secondaire, car toute plaque en voie de développement présente un liséré rouge, hyperhémique. Dès que celui-ci manque ou disparaît, comme c'est le cas avec une médication interne, il faut certainement admettre que localement le processus est

en décroissance. Toujours la rougeur diminue d'abord, et ce n'est que consécutivement que les squames tombent, quand au-dessous d'elles, sur la couche papillaire qui n'est plus enflammée, l'épiderme est redevenu normal.

L'accumulation même des squames, comme produit de prolifération du réseau, est occasionnée par l'afflux plasmatique plus abondant provenant des vaisseaux hyperhémiés, c'est-à-dire par l'état inflammatoire, les cellules épidermiques parviennent à la surface consécutivement à la reproduction rapide à l'état de cellules de la couche granuleuse, autrement dit avant qu'elles passent par le processus normal de kératinisation.

Sur la peau qui correspond aux anciennes plaques psoriasiques, le chorion paraît épaissi et infiltré de cellules jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux sont dilatés, il y a une légère infiltration séreuse, çà et là aussi des cellules pigmentées.

Sur des plaques très anciennes, surtout aux jambes et au sacrum, j'ai souvent constaté une prolifération conjonctive des papilles sous formes de saillies verruqueuses denses (1).

---

(1) Le psoriasis papillomateux, verruqueux, ne s'observe pas seulement aux membres inférieurs, ni dans les « *vieux* » psoriasis ; il représente en outre une *forme verruqueuse* d'*emblée*, particulièrement aux mains, faces dorsales et palmaires, tout à fait distincte de la prolifération kératopapillaire des vieilles plaques de psoriasis invétéré qui, aux sommets, coude et tubérosité antérieure du tibia, membres inférieurs, avoisinent de très près, au premier aspect, les agglomérats du lichen plan corné.

Aucune de ces variétés ne se confond avec les proliférations *épithéliomateuses* accidentellement développées sur une plaque de psoriasis, ni avec les cas plus rares, plus discutables et tout particuliers de dégénérescence épithéliomateuse *multiple*, survenus chez des psoriasiques à éléments verruqueux. — Voyez, sur ces questions dont il faut connaître l'existence, mais qui ne sont pas résolues :

Pozzi, Épithél. du pied développé chez un individu atteint de psoriasis. *Bullet. de la Société anat.*, 1874. Discussion, Debove. — Cartaz, Cancroïde développé sur une plaque de psoriasis du doigt, *idem*, 1877 — James C. White, Psoriasis, Verruca, Epithelioma, a sequence, *Boston Soc.*, nov. 1884 ; *Amer. Journ. of med. sc.*, 1885 ; Anal. franç., par Brocq, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série 1885, t. VI, p. 614 — H. Hebra, Ueber die Entwickelung v. Epitheliom auf Psoriasis, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887 ; Anal. franç., par Doyon, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. VIII, 1887, p. 569-586.

Quand l'épithéliome se développe sur une plaque de psoriasis — et cela se produit non pas seulement aux membres, comme on l'a pensé, mais partout — c'est, le plus ordinairement, sans aucune liaison directe avec le processus psoriasique proprement dit, mais simplement par le

Pendant que les modifications qui correspondent aux plaques psoriasiques récentes disparaissent spontanément sans laisser de trace (1), il faut, pour effacer les autres, recourir à une opération (cautérisation, grattage).

Au point de vue du diagnostic, le psoriasis qui se manifeste sous la forme de plaques isolées ne présente pas la moindre difficulté (2). Il suffit de se rappeler les symptômes que j'ai décrits, c'est-à-dire l'amas épais

---

fait de l'existence d'un point irritable et attaquable réalisé par la plaque de psoriasis invétéré, comme serait un point de pression, une cicatrice, la plaie ancienne d'un cautère permanent, d'un lupus, d'un eczéma intertrigo chronique de la vulve, de l'anus, du pli génito-crural, etc.

Mais, nous le répétons, c'est exagérer que de supposer un rapport véritable entre les formes communes de psoriasis verruqueux et l'épithéliome, et d'assombrir le pronostic général du psoriasis du fait de quelques cas tout exceptionnels de dégénérescence épithéliale.

Pour des raisons semblables, il faut rejeter les prétendues observations de « chéloïde » développée sur des plaques de psoriasis ; les deux processus sont sans aucun rapport ; quand une chéloïde succède à une plaque de psoriasis, on peut être assuré que la formation chéloïdienne est *secondaire*, *non pas* au psoriasis, mais à quelque irritation thérapeutique ou autre du tégument ; encore faut-il, pour le créer, un sujet prédisposé, ou une région anatomique spéciale, comme la surface présternale. TIBIERGE, analysant — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1883, p. 724, XIII — un cas de H.-S. PURDON — Keloid following Psoriasis, *in Journ. of cut. and. ven. dis.*, 1883, p. 203 — a eu raison de rapporter les cicatrices chéloïdiennes observées aux applications irritantes, et, ajouterons-nous, à la disposition individuelle du sujet, ainsi qu'à la région anatomo-topographique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La plaque de psoriasis guérie laisse une *macule* d'abord congestive, pigmentaire ensuite, dont la durée est longue, et de l'éventualité de laquelle il faut avertir les malades; elle indique souvent, après des mois entiers, la place occupée par les éléments de la poussée précédente. Dans les cas à renouvellement fréquent, on rencontre les macules pêle-mêle avec les efflorescences nouvelles, lesquelles se développent indifféremment sur leur territoire ou dans leur voisinage ; elles sont plus prononcées aux extrémités inférieures, non seulement parce que la circulation veineuse imparfaite n'y favorise pas la résolution aussi rapidement que dans les autres régions, mais encore parce que, pour les mêmes motifs, la durée de chaque élément psoriasique y a été, également, plus prolongée.

E. B. — A. D.

(2) Le lecteur qui a pris connaissance des pages précédentes, particulièrement de la note 1 de la page 547, sait que cette proposition n'est plus aujourd'hui valable, tant il existe d'affections *psoriasiformes*.

E. B. — A. D.

de squames blanches qui peuvent se détacher facilement avec l'ongle, le pointillé sanguinolent de la base rouge et la démarcation tranchée du foyer morbide circonscrit. La distinction peut, au contraire, devenir difficile dans le psoriasis généralisé et diffus qui a la plus grande analogie avec l'eczéma squameux, le pityriasis rubra et le lichen ruber.

Le psoriasis, limité au cuir chevelu, peut être confondu avec l'eczéma de cette région, le favus, l'herpès tonsurant, la séborrhée et le lupus érythémateux. Dans le psoriasis annulaire, il faut différencier cette affection de la syphilide annulaire, de l'herpès tonsurant, du lupus serpigineux et de l'eczéma marginé. Enfin, il en sera de même pour les papules du psoriasis survenant d'une manière aiguë et générale, qui, dans les premiers jours, pourraient en imposer pour une syphilide papuleuse, l'herpès tonsurant maculeux et même pour les papules du début de la variole. Outre les symptômes caractéristiques du psoriasis, il faut encore, pour le diagnostic, prendre en considération les phénomènes des processus dont il a été question dans les chapitres précédents (1).

Il importe également de ne pas oublier que d'autres maladies de la peau compliquent le psoriasis, à savoir souvent l'eczéma, qui peut se développper directement sur la plaque psoriasique (2). Dans le cas de variole, les pustules surviennent toujours en grand nombre et avec intensité sur les points psoriasiques, parties spécialement hyperhémiées.

Le pronostic, relativement à la lésion locale du psoriasis, est favo-

---

(1) Le diagnostic général du psoriasis réclame des développements plus étendus que ceux qui lui ont été accordés par l'auteur; indépendamment des éléments que nous avons déjà réunis dans les notes précédentes, on trouvera exposées les bases principales des différenciations multiples qu'il est nécessaire de faire à l'occasion de chacune des affections à distinguer, le lichen, le pityriasis rubra pilaire, l'eczéma, les syphilides squameuses, quelques variétés de lupus, etc.

E. B. — A. D.

(2) Il y a ici trois choses distinctes : *a*) l'eczéma, ou les autres lésions les plus diverses, qui peuvent évoluer sur une surface cutanée en état d'éruption psoriasique, phénomène du même ordre que celui du psoriasis qui atteint, de préférence, les points de la peau préalablement irrités par une cause quelconque, une pression, un traumatisme tel que les pointes de feu, les ventouses, le tatouage, etc., etc.

b) Le psoriasis à forme d'eczéma discoïde, ou *psoriasis eczématiforme*, tellement difficile à distinguer de certaines variétés d'eczéma nummulaire sec et squameux — *eczéma psoriasiforme* — que le diagnostic en peut

rable, puisque la peau peut partout revenir à l'état normal et que tout au plus il reste une pigmentation foncée aux membres inférieurs et sur les parties qui étaient le siège de plaques anciennes stationnaires. Le pronostic est également favorable sous le rapport de la santé en général, puisque souvent celle-ci n'est nullement altérée, ou qu'elle l'est seulement pendant les périodes aiguës, principalement dans le psoriasis généralisé; mais, même dans ce cas, elle ne l'est que d'une manière passagère. Le psoriasis, du reste, n'occasionne pas de troubles durables des fonctions importantes (1).

On n'en saurait dire autant pour ce qui est de la marche générale de la maladie et de la guérison. On ne peut jamais savoir s'il surviendra des exacerbations, si elles seront fréquentes et quelle sera leur intensité, et il ne peut, en général, être question de guérison que dans le sens de faire disparaître une éruption de psoriasis, mais non de prévenir ou d'empêcher les récidives. Tout au contraire, les psoriasiques doivent

---

être vivement discuté, et est quelquefois seulement réalisable en ayant recours aux autres éléments de l'analyse clinique.

c) Le psoriasis déformé de certaines régions : à la face par la sécrétion sébacée ou sudorale — dans les grands plis de contact, oreilles, abdomen, mamelles, aisselles, plis curaux et anogénitaux, ombilic, par le suintement intertrigineux — aux membres inférieurs par les lésions de la dermite variqueuse chronique, etc. E. B. — A. D.

(1) Le pronostic vrai du psoriasis doit être présenté sous un jour moins favorable, pour la minorité des cas, il est vrai; mais cette minorité est assez importante pour qu'il n'y ait pas lieu de la négliger; les formes intenses qui rendent la vie du patient moralement et physiquement brisée ne sont pas rares, apportant obstacle à l'exercice de certaines professions, au mariage; rendant tout travail impossible dans les cas de localisation unguéale. Ce n'est pas tout; indépendamment des formes névropathiques et arthropathiques graves — Voy. p. 553, note 2 — il y a des cas de *psoriasis malin*, dans lesquels la peau ne tolère aucune application médicamenteuse, qui sont subintrants, à exacerbations incessantes, et qui, après avoir torturé pendant de longues années les malheureux patients, aboutissent à une CACHEXIE, et amènent la mort par lésion viscérale, carcinome gastrique ou intestinal, cachexie rénale ou hépatique, etc., dans des conditions qu'il reste à préciser, mais dont la réalité est positive.

Il faut donc présenter le pronostic du psoriasis un peu moins sommairement qu'on ne le fait d'habitude, ne jamais le poser légèrement ni à titre général, mais seulement pour chaque cas particulier, et en tenant un compte attentif des antécédents névrosiques et diathésiques propres à chaque cas particulier. Notre observation prolongée dans la pratique nosocomiale et dans la pratique civile nous a instruits sur ce point, et nous a fait un devoir de dire ce que nous avons observé et ce que l'on ne nous avait pas appris. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

s'attendre à des aggravations plus ou moins périodiques de leur affection. Et, dans ce sens, la maladie est incurable (1).

Il y a encore cette circonstance aggravante que le psoriasis peut se transmettre des parents aux enfants (2).

Beaucoup d'auteurs ont essayé de découvrir les causes de cette affection si pénible qui défigure et isole de la société, sans espoir de guérison, celui qui en est atteint. Malheureusement, il nous est impossible d'en indiquer aucune ; tout d'abord, le psoriasis n'est pas sous la dépendance de causes dyscrasiques. Les psoriasiques sont, en général, des individus sains, robustes, d'excellente santé et de bonne mine, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on rencontre des psoriasiques de constitution délicate. Quant aux innombrables conditions étiologiques qu'on aimait autrefois à citer, telles que la dyscrasie herpétique et psorique, la suppression des règles, etc., elles ont été depuis longtemps réduites à leur valeur par la critique objective de Hebra (3).

---

(1) Mises à part quelques rares exceptions, le psoriasis est une maladie perpétuelle, et vraiment incurable dans l'état actuel de la thérapeutique. On voit quelquefois les poussées ne plus revenir, ou même s'atténuer avec l'âge, quelques vieux psoriasiques n'ayant plus qu'une espèce de desquamation pityriasique. Exceptionnellement, on constate des accalmies de plusieurs années ; mais ces exceptions n'empêchent pas la règle d'être malheureusement trop générale. Soit que beaucoup de médecins ne soient pas suffisamment renseignés sur ce point, soit qu'ils aient craint de décourager les patients, on rencontre beaucoup de psoriasiques de date ancienne qui n'ont jamais été éclairés sur ce sujet, qu'il est cependant du devoir des médecins d'apprendre aux intéressés, dans la mesure et dans la forme appropriées à chaque personnalité, et avec les ménagements qu'il n'est pas nécessaire d'apprendre aux vrais médecins. E. B. — A. D.

(2) Nul doute, le psoriasis *peut* se transmettre par voie d'hérédité ; mais le pronostic doit, sur ce point particulier, bénéficier de l'*irrégularité* de cette transmission, laquelle manque très souvent. Le psoriasis est plus fréquemment spontané qu'héréditaire ; si les sujets qui en sont atteints le transmettaient régulièrement, le nombre total des psoriasiques aurait atteint une proportion plus élevée que celle qui existe en réalité.

Quand l'hérédité se manifeste, nous n'avons pas observé qu'elle atteignît *tous* les enfants, et nous savons toute une série de familles dans lesquelles des enfants que nous observons depuis plus de vingt années n'ont jamais eu d'atteinte de la maladie des parents. Notre observation, sur ce point, concorde entièrement avec celle du professeur Hardy ; les médecins consultés par les familles sur cette grave question peuvent baser sur nos propositions une réponse ferme

E. B. — A. D.

(3) Le spectre de la « dyscrasie herpétique et psorique » est

Le psoriasis ne peut pas non plus être occasionné par des causes externes. C'est seulement dans le cas où un individu en est déjà atteint ou y est prédisposé que, au moment où il se produit une poussée de psoriasis, on voit ordinairement de nombreuses efflorescences survenir sur les points de la peau qui ont été irrités artificiellement, par exemple par une piqûre d'épingle, ou qui sont le siège d'un eczéma (1).

Le psoriasis n'est nullement contagieux. Il n'est donc pas transmissible directement. E. Lang et W. Wolff ont trouvé dans les couches

---

depuis longtemps relégué dans l'histoire des doctrines; ces idées ont été abandonnées, non pas par suite « de la critique objective de Hebra », mais par le bon sens médical et les progrès de la médecine dans tous les pays. Quant à la « suppression des règles », il n'y a pas lieu de s'y arrêter; il suffit de dire que, chez les femmes psoriasiques, la *ménopause* est, d'ordinaire, une cause d'aggravation de la maladie.

Mais on ne saurait omettre de tenir compte des *chocs nerveux* de tout ordre qui, s'ils ne produisent pas la maladie psoriasique de toutes pièces, ce que nous ignorons, mais ce qui ne serait pas impossible dans notre conception actuelle de la maladie, sont notés assez souvent pour qu'il n'y ait pas lieu de les rejeter *a priori*. Nombre de cas de psoriasis *naissent* en connexion si intime et si immédiate avec un accident grave subit, chagrin, terreur commotion physique et morale simultanées (accident de chemin de fer par exemple), et subissent des recrudescences, des réapparitions si manifestes à la suite de ces conditions, que nous n'hésitons pas à affirmer la réalité du rapport. Si le psoriasis, comme cela est rendu très vraisemblable par l'observation des cas *complets* de psoriasis grave, arthropathique, irritable, *malin*, *avec cachexie viscérale ultime*, etc., dépend d'une *lésion nerveuse*, ce mode pathogénique serait tout expliqué. (Voyez sur cette question : la thèse citée de Bourdillon et *Théorie nerveuse du psoriasis*, par E. Brissaud, *in Gazette hebdomadaire*, 1889, p. 135.)

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La question est double et doit être divisée : 1° rôle des « causes externes » chez les psoriasiques; 2° rôle des conditions externes ou accidentelles dans la première apparition d'un psoriasis.

Premier point. Chez les individus psoriasiques, surtout durant la période floride, toutes les irritations ou effractions de la peau peuvent devenir le point de départ d'une évolution psoriasique nouvelle : la pression des pièces de vêtement, les grattages, une ventouse, un vésicatoire, une application de teinture d'iode, le tatouage, l'inoculation vaccinale, etc., etc., une variole, une scarlatine, etc.

Les médicaments irritants externes, le goudron, l'acide chrysophanique surtout, l'acide pyrogallique, etc., chez certains sujets, soit dès le début, soit après un certain temps, déterminent, sur la peau saine, des lésions irritatives qui peuvent devenir le point de départ de nouvelles formations psoriasiques; chez quelques malades à psoriasis irritable, les mêmes résultats s'observent à la suite de l'application du maillot

basales des squames de psoriasis des champignons que, jusqu'à présent, on n'a pas pu mettre en rapport étiologique avec le psoriasis; d'ailleurs, l'existence de ce parasite n'a pas été confirmée (1).

---

humide, des cataplasmes, etc., toutes circonstances qui peuvent être mises à l'actif de la théorie parasitaire.

Second point. Les mêmes conditions extérieures, particulièrement les conditions pathologiques, fièvres éruptives, vaccine, syphilis, etc., peuvent précéder si étroitement, ou même coïncider, lésion à lésion, avec une première manifestation du *psoriasis*, que l'on ne peut se soustraire à l'examen de la question du rapport à intervenir. Quel en peut être le mode d'action? Notre ignorance actuelle de tant de choses ne nous permet pas de le comprendre, et toutes les hypothèses à formuler ne peuvent être considérées que comme des moyens d'étude, sans qu'aucune soit encore de quelque valeur positive. Que l'on dise avec Bazin que « la syphilis éveille la dartre »; avec Koebner que la peau des psoriasiques (en puissance) « possède dans sa constitution un mode particulier de réaction aux diverses causes d'irritation », ou qu'on suppose, comme Behrend l'a fait pour le prurigo, qu'une intoxication hématique puisse être, pour le psoriasis, une condition pathogénétique, on n'a pas beaucoup avancé la solution. Il est juste, cependant, de reconnaître que l'observation de Koebner, si elle n'explique pas la genèse du psoriasis, peut être utilisée pour distinguer le psoriasis de la syphilis squameuse, puisque, dans cette dernière affection, il n'a jamais pu réussir, par des irritations artificielles (éraflures avec des épingles) à provoquer de nouvelles efflorescences.

Seule, la théorie parasitaire, interne ou externe, si elle avait une base ferme, pourrait revendiquer l'explication des faits ci-dessus indiqués; mais, jusqu'à présent, l'interprétation de tous ces faits reste litigieuse; ils doivent être connus en raison de leur importance au point de vue du diagnostic, de la prophylaxie et du traitement du psoriasis; c'est pourquoi nous les avons relevés.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) On peut suivre le développement de la théorie parasitaire du psoriasis dans la série importante des travaux de son promoteur éminent, Ed. Lang depuis 1878 — Versuch. e. Beurtheilung d. Schuppenfl. n. i. klin. Charact., *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1878, p. 433; Verl. Mitth. v. e. neuen Untersuchungsergeb. b. Psoriasis, 1879, *ibid.*, p. 257; Ueb. Behandl. der Ps., 1880, *ibid.*, p. 473; Résum. *in Collect.* de Volkmann, Klin. Vortr., n° 208, et Congrès de Copenhague, 1884 — et dans les recherches de Fr. Eklund — Contr. à l'étude du « *Lepocolla repens* », le champignon élémentaire du Psoriasis, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 196; — de A. Wolff, zur Ætiologie der Psoriasis, *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1884, et Congrès de Copenhague, anal. franç., *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 697, et t. VI, 1885, p. 305.

On devra examiner, sans idée préconçue, la valeur des cas de psoriasis consécutifs à diverses irritations et réactions des affections de la

L'hérédité est la seule condition étiologique incontestable, puisqu'on rencontre rarement un psoriasique sans qu'un de ses parents ou un membre de sa famille en ligne ascendante ne soit atteint ou n'ait été antérieurement atteint de cette affection (1).

Mais, comme le plus souvent ce sont seulement quelques enfants ou des membres de la famille qui sont psoriasiques, il s'agit ici, non d'une hérédité proprement dite de la maladie, comme pour la syphilis mais

---

peau, telles que les *fièvres éruptives*, — Voy. G.-M.-G. Biart, Ps. foll. Scarlat. fever. *Journ. of cut. and ven. dis.*, vol. I, p. 163, 1883, anal. franç., par Brocq *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 721, — survenus après la vaccination animale et débutant au lieu d'inoculation. — Voy. G.-H. Rohé, Ps. foll. vacc.; Pittard, Ps. after vaccination; T.-F. Wood, Ps. and other dis. foll. vacc., *Journ. of cut. and. ven. dis.*, vol. I, 1883, p. 11, 119, 162; anal. franç., par Brocq, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 720; — E. Chambard, note sur un cas de psoriasis vacc. et sur la sign. pathogénique de cette affection, *ibid.*, 2e série, t. VI, 1885, p. 499 — Ries, Clinique du professeur Wolff, à Strasbourg; Die pathologische anat. der Psoriasis, in *Viertel-jahreshr. f. Dermat.*, 1888, n° 4 — s'attache à démontrer que l'épidermophytose considéré comme pathogénétique du psoriasis, de même que le lepocolla repens d'Eklund ne sont qu'un produit artificiel déterminé par les réactifs (potasse) employés dans les préparations.

Ce sont également des faits nouveaux qui sont nécessaires pour venir à l'appui des cas de transmission contagieuse, ou supposée telle, semblables à ceux qui ont été rapportés par Unna au Congrès de Copenhague en 1884; jamais, pour notre part, en dehors des faits d'hérédité que l'on peut discuter à propos du *mode* de transmission des parents aux enfants, nous n'avons observé la contagion du psoriasis, pas même dans la promiscuité conjugale, qui devrait être cependant bien propre à la réaliser.

Quant aux expérimentations très intéressantes faites sur les animaux par Lassar, — *Berlin. Klin. Woch.*, 1885, n° 47; Tommasoli, sulla Transmiss. d. Ps. nel coniglio, *in Gaz. d. Ospit.*, 43, 44, 1886, elles n'éclairent pas, jusqu'à présent, la transmissibilité du psoriasis de l'homme à l'homme. — Voy. Augusto Ducrey. — Sulla voluta contagiosita della Psoriasi. Rich. speriment. present. al XII Congresso med. di Pavia sett., 1887 — *in Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e d. pelle*, 1887, p. 328, anal. franç. *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, par Siredey, 2e série, t. IX, p. 401, 410, 1888. Destot (de Lyon), transmission du psoriasis par inoculation. — *Province médicale*, numéro du 8 juin, et *Lyon médical*, numéro du 18 août 1889, Lang, 1889. — Boulay, nature et trait. du psoriasis, Revue générale, *in Gazette des Hôpitaux*, sept. 1889, p. 1001.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Nous avons constaté un très grand nombre de cas de psoriasis dépourvus de toute hérédité. Voyez plus haut la note 2 de la page 562.

E. B. — A. D.

seulement d'une hérédité de la prédisposition, de la nature de la peau (1).

Le plus ordinairement, le psoriasis apparaît à l'époque de la puberté et à la période moyenne de la vie, mais assez souvent aussi dans l'enfance. J'ai eu l'occasion de voir un enfant âgé de huit mois, né d'un père psoriasique, atteint d'un psoriasis étendu. La maladie persiste souvent jusqu'à un âge très avancé sans aucune atténuation.

La thérapeutique du psoriasis ne peut aboutir, dans l'état actuel, qu'à faire disparaître les modalités pathologiques de la peau et à limiter les éruptions ultérieures. Il n'est pas en notre pouvoir d'empêcher véritablement l'apparition de ces éruptions ou même d'obtenir une guérison durable. Mais ce seul résultat dont nous parlons est déjà un grand bénéfice pour les malades, et suppose une expérience particulière dans l'administration des remèdes et dans l'emploi des méthodes que nous avons à notre disposition.

Ces remèdes sont internes ou externes.

On a conseillé de nombreux remèdes par l'emploi interne desquels on espérait guérir le psoriasis, tels que : les acides minéraux, les eaux minérales, les diaphorétiques, l'huile de foie de morue, l'antimoine, le manganèse, le graphite, la baryte, le mercure, le fer, l'antrakokali, les boissons dépuratives, la salsepareille, la farine de maïs altéré, le suc de citron, etc., ou un régime spécial ; par exemple, une alimentation exclusivement végétale ou exclusivement animale ; — mais, d'après les recherches de l'École de Vienne, on ne peut attendre aucun résultat de tous ces médicaments (2).

---

(1) Pour le psoriasis, comme pour d'autres maladies, l'hérédité est généralement comprise métaphysiquement ; le mot de « prédisposition » se prend aussi trop au figuré ; on oublie que la transmission ne peut s'opérer que par des choses matérielles, faisant partie de la *constitution* initiale des éléments anatomiques.

Or, que cette tare, constitutionnelle au sens que nous venons d'indiquer, réside dans la peau, ou ailleurs, on ne la saurait concevoir que matérielle, et, si elle n'a pas d'élément parasitaire extrinsèque, tout concourt à montrer qu'elle a son siège dans les centres, plutôt qu'à la périphérie. E. B. — A. D.

(2) Nous demeurons d'accord sur presque tous ces points ; mais nous déclarons hautement que le *régime* et l'*alimentation* ne sont pas indifférents dans le traitement du psoriasis ; que tous les aliments irritants et générateurs de réflexes cutanés, *chez les sujets dermopathiques*, sont nuisibles, et que la viande de porc, les poissons fumés et salés, les condiments de haut goût, l'alcool, le café, le thé, le tabac, sont nuisibles à de tels malades.

N'est pas indifférente non plus une hygiène générale appropriée à la

On n'obtient de succès qu'avec les seules substances suivantes : l'arsenic, le goudron et ses dérivés (l'acide phénique).

On peut employer l'arsenic contre les maladies de la peau sous forme de solution de Fowler (arséniate de potasse), de solution de Pearson (arséniate de soude), de Donovan (iodure d'arsenic et de mercure) et de pilules asiatiques (arsenic mélangé à du poivre ou à de l'opium).

C'est sous la première et sous la dernière de ces combinaisons que l'arsenic s'est montré à nous le plus efficace.

On donne la solution de Fowler à la dose de 6 gouttes par jour dans 20 grammes d'eau distillée ou d'infusion de camomille que l'on fait prendre en trois fois, dans la journée. S'il ne se produit pas de troubles gastriques, on augmente tous les trois ou quatre jours d'une goutte. A partir de 12 gouttes, on élève la dose à intervalles plus éloignés. On peut aller ainsi jusqu'à 30 gouttes par jour, et l'on s'arrête à la dose à laquelle on constate une régression du psoriasis ; mais on ne cesse jamais brusquement, alors même que la guérison est à peu près complète : on diminue graduellement les doses, jusqu'à 12 ou 6 gouttes. On peut employer ainsi sans inconvénient la solution de Fowler pendant plusieurs mois. Le professeur Lipp, de Gratz, a fait dans le même but des injections d'acide arsénieux (arsenic blanc) à la dose de 0,003 à 0,03 (solution de 0,30 et même de 0,60 sur 35 grammes d'eau distillée).

J'injecte toute une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Liqueur de Fowler.	2 grammes.
Eau distillée.	10 —

Chaque injection représente 0 gr. 2 de solution de Fowler.

---

constitution des sujets, ou aux états pathologiques qu'ils peuvent présenter, lymphatisme, goutte, altérations viscérales diverses, matérielles ou fonctionnelles, qu'il y a grand intérêt à rectifier.

De même pour les conditions de l'hygiène sociale et morale ; le surmenage de tout ordre, les veilles, les plaisirs excessifs, les chocs nerveux de tout genre, sont nuisibles aux psoriasiques, peuvent aggraver leurs lésions cutanées ou provoquer les exacerbations.

Nous sommes loin encore d'être assez fixés sur le siège et la nature des altérations du système nerveux présidant aux perversions nutritives de la fonction épidermique qui font le psoriasis pour formuler un traitement fondamental de la *maladie* psoriasique. Mais on doit, dans cette direction, logiquement ou empiriquement, mettre en expérimentation tous les médicaments névrotiques et toutes les médications usitées dans les maladies névrotrophiques ; les tentatives que nous avons faites, et que nous poursuivons dans la série bromurée et valérianique, ne sont pas assez avancées pour en préciser la valeur ; mais nous tenons à en donner l'indication.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

On prescrira les pilules asiatiques d'après la formule suivante :

Arsenic blanc	0gr. 75	centigr.
Poivre noir pulvérisé	6	»
Gomme arabique	1	50
Poudre de racine de guimauve	2	»
Eau s. q. pour faire 100 pilules.		

On commence à la dose de trois pilules par jour, que l'on fait prendre immédiatement avant le repas ; tous les quatre ou cinq jours on augmente d'une pilule, et on peut arriver ainsi jusqu'à huit à dix pilules par jour. Quand le malade prend cinq pilules et plus, il faut les prescrire en deux fois, à midi et le soir, trois et deux, quatre et trois, etc. On s'arrête également dès qu'il se produit une amélioration. S'il survient des troubles gastriques, des nausées, des coliques, de la diarrhée, on diminue un peu les doses. On prévient les coliques par l'addition d'opium (0,15 pour 0,75 d'arsenic blanc pour 100 pilules).

Avec les injections sous-cutanées, on peut quelquefois observer une amélioration déjà au bout de huit jours ; mais, en général, ce n'est que dans le cours de la quatrième à la sixième semaine. Selon moi, cette action ne se traduit pas par la chute des squames, mais d'abord par la diminution de l'hyperhémie, sur laquelle reposent les squames. Ensuite, c'est dans les cinquième et sixième semaines du traitement que les squames tombent toutes à la fois dans l'espace de quelques jours, de telle sorte qu'on dirait que la guérison a lieu subitement.

Il est impossible de déterminer d'avance combien on devra donner de pilules asiatiques. Nous avons constaté, dans le traitement du lichen ruber, que l'on peut les employer pendant plusieurs mois et en faire prendre jusqu'à 3 et 4,000 (c'est-à-dire 20 à 30 grammes d'arsenic). Dans le psoriasis, il ne faut pas conseiller cette pratique. Si, lorsqu'on a prescrit de 4 à 600 pilules, l'affection ne s'est pas améliorée, on doit

(1) Avis formel aux médecins qui auront recours aux injections hypodermiques de liqueur de Fowler, de s'assurer de la pureté *certaine* du liquide injecté, de prendre toutes les précautions antiseptiques, enfin de ne faire les injections que profondément, et exclusivement dans le tissu musculaire. Ces injections sont des plus fécondes en abcès et en phlegmons, quand celui qui les pratique ne sait pas *complètement* l'art des injections hypodermiques, qu'il vaudrait mieux appeler, pour rappel, intramusculaires. Nous avons assez souvent été appelés à constater ces accidents, ou leurs suites, chez des malades de provenance française ou étrangère, pour considérer comme un devoir de les signaler particulièrement. Et cela d'autant mieux qu'il s'agit d'un mode de la médication arsenicale très puissant, et que l'intolérance des voies digestives peut, à elle seule, rendre indispensable.

E. B. — A. D.

conserver peu d'espoir de succès et il faut recourir à un autre mode de traitement. Il arrive même que, non seulement certains individus n'éprouvent, sous l'influence de l'arsenic, aucune amélioration, mais que, chez le même malade, une première fois l'action de l'arsenic est favorable, tandis qu'une deuxième ou une troisième année le remède échoue complètement. En général, après l'usage de l'arsenic, il reste pendant longtemps une pigmentation foncée des parties affectées de psoriasis (1).

---

(1) Malheureusement, l'arsenic ne guérit pas toutes les poussées psoriasiques, et il ne guérit jamais le psoriasis ; nous n'avons rien à changer à ce que nous avons dit sur ce sujet dans la précédente édition, et que voici :

« Le traitement du psoriasis par l'arsenic n'*est pas* ce que nos prédécesseurs nous ont enseigné ; les exagérations de quelques-uns des anciens maîtres en dermatologie sur ce point ont eu pour conséquence, nous n'hésitons pas à le dire, d'induire en erreur une grande partie de la génération médicale actuelle, qui administre, de bonne foi, l'arsenic comme une panacée, non seulement dans le traitement du psoriasis, mais encore dans la presque totalité des affections cutanées. Il n'y a pas de plus grande erreur médicale. Pour beaucoup de malades, l'arsenic est un toxique, à tous égards.

Pour ce qui est du psoriasis, en particulier, allez à l'hôpital Saint-Louis, interrogez les vieux psoriasiques qui reviennent périodiquement tous les cinq ou six mois prendre leurs quartiers dans nos salles, et faites une enquête sur les traitements auxquels ils ont été soumis ; vous en trouverez encore qui ont été traités par Biett ! et qui, depuis cette époque, ont successivement accordé leur confiance à tous les médecins qui se sont succédé dans cet hôpital ; la plupart d'entre eux ont absorbé des doses invraisemblables d'arsenic, à maintes reprises. Chez plusieurs de ces désillusionnés, le scepticisme est arrivé à ses extrêmes limites ; ils demandent seulement qu'on leur accorde un lit d'hôpital, quelques bains et de l'axonge en quantité suffisante pour oindre les parties malades deux fois par jour ; un ou deux mois se passent, et la situation de ces patients s'est à ce point atténuée, qu'ils peuvent rentrer dans le courant de la vie, pour quelques mois.

Mais les eaux minérales arsenicales ? Hélas ! même conclusion ; interrogez les médecins de Paris qui reçoivent chez eux les favorisés de la fortune, ils vous diront aussi que, naturelle ou artificielle, la médication arsenicale n'a pas le pouvoir d'empêcher l'éternel retour du psoriasis.

Mais encore : Peut-être n'employez-vous pas, nous dira-t-on, l'arsenic à doses assez élevées. Le professeur Kaposi a répondu à cette objection dans le texte courant que nous vous engageons à relire.

Mais enfin, a-t-on dit, si l'on employait l'arsenic avec ténacité, à petites doses, longtemps, on maîtriserait peut-être la maladie, comme on maîtrise la syphilis..... quelquefois. Eh bien, non ! L'un de nous a montré vingt fois, durant ces dernières années, un pauvre malade dont le psoriasis avait brisé l'existence professionnelle, et qui demandait la guérison à tout prix. Pendant deux années, nous l'avons maintenu sans cesse sous l'influence de l'arsenic à doses variables, extrêmes ou faibles, selon l'état des voies digestives ; nous avons dû nous arrêter après avoir produit une véritable cachexie arsenicale, avec amaigrissement excessif. Le psoriasis s'était établi

Quant à l'usage interne du goudron, les personnes étrangères à la profession, ainsi que les médecins, connaissent depuis longtemps son action sur les affections chroniques de la peau. Très peu de malades, toutefois, supportent, à cause de leur goût désagréable, l'eau de goudron, ainsi que les autres composés de goudron. La plupart des malades refusent même les pastilles et les liqueurs de goudron préparées par des fabricants français et autrichiens, bien que, en réalité, ces préparations n'aient pas une saveur désagréable.

Nous possédons dans l'acide phénique une excellente préparation de goudron qui, donnée sous forme de pilules, est très bien supportée et agit d'une manière analogue à l'arsenic :

Acide phénique . . . . 10 grammes.
Extrait et poudre q. s. pour 100 pilules.

De cinq à dix par jour.

On peut continuer ce traitement pendant plusieurs semaines, même à des doses plus élevées, ce que je considère cependant comme inutile. A l'exception d'une légère irritation des reins, son emploi ne m'a paru entraîner aucun inconvénient. D'autres auteurs ont encore recommandé l'usage interne des balsamiques, spécialement du baume de copahu, de la teinture de cantharide, de l'huile phosphorée, de la teinture de maïs (Lumbroso), etc. Je n'ai aucune expérience de tous ces agents thérapeutiques, et, dans ce que j'ai lu, j'ai trouvé peu de chose à l'appui de leur efficacité (1).

---

permanent et les exacerbations apparaissaient comme devant. (Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, en 1889, ce malade est resté notre client habituel ; il est atteint de *psoriasis arthropathique* et en voie d'ankylose universelle.)

Cela veut-il dire qu'il n'y a rien à obtenir de l'arsenic dans le traitement du psoriasis? Nullement. Cela veut dire simplement que l'arsenic n'a d'action manifeste que sur l'état général du sujet, quand cet état le comporte ou l'indique, ou que sur la poussée psoriasique *actuelle* arrivée à la période d'état ou dans son déclin, et qu'il y a peu à espérer de son action spécifique sur les récidives à venir. Cela veut dire encore que l'arsenic ne doit pas être donné empiriquement aux psoriasiques, les « arthritiques » par exemple, qui sont en période floride, supportant fort mal le médicament, tandis que la médication alcaline leur fait le plus grand bien. Mais s'il s'agit de sujets lymphatiques, strumeux, anémiques, débiles ou débilités, ou encore de malades à peau irritable et répondant mal aux médications externes, l'arsenic et les eaux arsenicales trouvent une indication nette, précise, qui, appliquée par les habiles médecins de nos stations thermales, peut avoir les plus heureux résultats.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Nous avons mis la plupart de ces agents, et d'autres encore, en expérimentation ; l'huile phosphorée a dû être interrompue rapidement

Le traitement local ou externe du psoriasis exige beaucoup de soins, mais il a l'avantage de permettre d'atteindre un résultat satisfaisant, pourvu que l'on choisisse et que l'on emploie les remèdes et les méthodes en véritable spécialiste.

La première chose à faire, c'est d'enlever les squames épidermiques, ainsi que celles qui peuvent survenir chaque jour, afin d'arriver à l'application directe des agents thérapeutiques sur les parties malades.

En ramollissant les amas de squames épidermiques, on les dissocie, et on les fait tomber ensuite à l'aide de moyens mécaniques et chimiques. On a recours à des corps gras, à l'eau, à la macération par la perspiration cutanée, aux caustiques.

En fait de corps gras, on peut employer l'huile d'olive, l'axonge, l'huile de foie de morue, la glycérine, la vaseline, etc. Seulement il

---

à cause d'accidents sérieux, cystite intense chez un malade; chez un autre, érythème pemphigoïde, etc.; le copahu, sans incidents aussi graves, mais sans aucun bénéfice, etc., etc.

Jusqu'à démonstration plus ample, nous considérons comme sans valeur réelle l'usage, *à l'intérieur*, des médicaments qui réussissent très bien en applications directes sur les éléments cutanés; il ne s'agit pas seulement des inconvénients très multipliés et des impossibilités qu'il y a à faire subir indéfiniment aux patients l'emploi interne des médicaments irritants; nous visons exclusivement ici l'insuffisance curative *absolue* de tous ces agents médicamenteux, sans exception, administrés par voie interne.

Nous serions heureux de pouvoir faire une exception pour l'*iodure de potassium*, remis en honneur par Haslund (Ueber die Behandl der Psor. mit gross. Dosen von Iod-Kal., *Viert. f. Dermat. und. Syph.*, 1887, anal. franç., par Audry *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, p. 401, 411, VII. Mais, en admettant que les hautes doses réclamées soient tolérées par quelques psoriasiques ayant un tube digestif, une peau, des muqueuses et surtout des *reins* capables de supporter des quantités excessives, et prolongées pendant longtemps, d'iodure de potassium, il subsisterait toujours une forte majorité d'intolérants, qui ne pourraient pas bénéficier de la médication. Il reste enfin à démontrer, par l'observation *suffisamment prolongée*, ce que l'on doit entendre par le mot de « *guérison* » appliqué à la plus incurable de toutes les dermatoses. Inutile d'ajouter que nous ne considérons pas la question comme fermée ; et nous nous empressons d'indiquer les observations favorables à la méthode récemment publiée ; — Barduzzi et Luciani, *in Gaz. d. Osped.* et *Lo Speriment*, 1889. — De Molènes, Action de l'iodure de potassium à très hautes doses sur l'organisme; de son emploi dans le traitement du Psoriasis, *in Arch. gén. de méd.*, juin 1889. — Gutteline, *Weekl. v. h. Neder. Tijds. V. Gen.*, n° 17, 1889; et anal. de ces derniers travaux *in Bulletin méd.*, 1889; etc., etc.

faut s'en servir soit en applications, soit en frictions, en proportion convenable et suffisante, de façon que la macération et la chute de l'épiderme l'emportent sur sa reproduction. Dans les cas où le psoriasis est localisé, par exemple aux coudes et aux genoux, on peut employer l'onguent simple, le cérat simple, étendus sur des compresses de toile et fixés à l'aide de bandes de flanelle. C'est l'huile de foie de morue qui donne les meilleurs résultats pour la macération; elle a, de plus, l'avantage d'être bien supportée par les malades. Elle a seulement une odeur désagréable, elle tache les draps, et enfin elle produit sur certaines parties de la peau un eczéma papuleux très pénible. Dans ce cas, on cesse l'huile de morue, on saupoudre avec l'amidon, on enlève les linges imbibés d'huile, jusqu'à ce que l'eczéma ait disparu et qu'on puisse commencer un autre traitement. Dans quelques cas de psoriasis généralisé, j'ai vu l'huile de morue amener la chute de l'épiderme sur de grandes étendues, le chorion être mis à nu et, par suite, se produire de vives douleurs et de la fièvre, voire même des phénomènes typhiques, comme dans les brûlures, état dont les malades ont été guéris par l'emploi du bain continu.

L'eau, comme agent de macération de l'épiderme, peut être appliquée, d'après la méthode de Priessnitz, sur les membres, sur certaines régions ou sur tout le corps, selon l'étendue du psoriasis.

Ce qu'il y a de plus rationnel, c'est d'employer l'eau sous forme de bains et, en règle générale, de bains prolongés, d'après la méthode de Hebra, trois à six heures par jour et même plus, soit comme agent de macération, soit comme application méthodique du traitement mécanico-chimique, au moyen de savons et de frictions. On enlève ainsi complètement l'épiderme sur les parties atteintes de psoriasis ; enfin, le bain sert également de véhicule pour l'emploi de remèdes spéciaux, par exemple du goudron (bain de goudron) ou de la solution de Vleminckx (1).

---

(1) Le *bain prolongé,* usité depuis très longtemps dans quelques stations hydrominérales, recommandé par Devergie, érigé par Hebra en *méthode* de traitement, a, dans le psoriasis, une très grande importance, généralement inconnue ou mal connue. Ces bains, d'une durée moyenne de trois à six heures, conviennent à la plupart des formes de psoriasis, mais ils sont particulièrement indiqués dans les cas graves, intenses, rebelles, compliqués.

Voici comment nous avons réglé leur application pour la pratique. Le malade est mis au bain tous les jours, ou tous les deux jours, à six heures du matin ; aussitôt entré dans l'eau, il prend son premier déjeuner habituel; la température de l'eau est celle qui lui est *agréable*, la moins élevée possible; elle est mesurée au thermomètre et maintenue sans variations jusqu'à l'issue du bain. La baignoire est recouverte

On peut encore employer avec succès contre le psoriasis les bains d'eaux minérales indifférentes ou sulfureuses (Loësche, Bade, près de Vienne) et l'hydrothérapie, pourvu que les malades soient chaque jour soumis assez longtemps à leur influence. L'hydrothérapie peut, du reste, encore agir comme agent réfrigérant, en diminuant l'inflammation de la peau (1).

---

d'une planche-couvercle et d'une couverture de laine. L'eau du bain est de l'eau simple, savonneuse, amidonnée, alcalinisée avec du borate de soude, 40 à 80 grammes par bain, additionné d'eau de goudron, de coaltar saponiné, etc., etc., selon les cas, les degrés, les périodes, etc.

A la sortie du bain, le malade, enveloppé dans la flanelle, est reporté dans son lit, où il séjourne une heure; à dix heures du matin, il est libre de reprendre ses occupations.

Dans les cas plus graves, la durée du bain est portée à six heures, et alors un second repas est donné dans le bain, quatre heures après le premier.

Si l'on veut mener la cure à bonne fin, il faut surveiller l'état général du patient, régler l'ordre et la marche des choses, de façon à ce que tout refroidissement soit évité; prendre le poids du malade et s'assurer qu'il ne diminue pas notablement.

Chez les malades qui sont traités par les applications d'emplâtre limitées aux surfaces psoriasiques, ou par les badigeonnages collodionés, à la traumaticine, etc., la sortie du lit, une heure après le bain, est un moment très favorable pour pratiquer le pansement. Si on emploie les pommades, surtout les pommades fortes, il vaut mieux ajourner la friction à l'heure du coucher.

Chez les malades dont la peau devient sèche à la suite du bain, et dont l'épiderme lisse se fendille aisément, une friction générale d'axonge fraîche, de vaseline, réussit parfaitement.

A côté des bains prolongés, quand leur emploi est rendu difficile ou contre-indiqué par une raison quelconque, nous employons avec les plus remarquables résultats l'emmaillotement général ou partiel dans des tarlatanes en plusieurs couches, convenablement imprégnées d'eau de son tiède glycérinée à 25 p. 1000 et additionnée, s'il y a lieu, d'acide borique ou de tout autre agent médicamenteux indiqué. Avant d'être appliquées, les tarlatanes sont soigneusement étanchées, puis recouvertes d'un surtout de toile imperméable quelconque qui remplit le but si cette toile est *fine*, souple et solide, qualités absolument essentielles. Suivant les cas ou la saison, les parties emmaillotées, ou le malade en entier, sont enveloppés de flanelle.

Le pansement peut être renouvelé seulement toutes les six heures, s'il a été bien appliqué.

L'emmaillotement peut être employé comme moyen unique pendant toute la période aiguë, alterner avec les onctions grasses simples, ou avec les frictions médicamenteuses.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le rôle des eaux minérales thermales dans le traitement du psoriasis est double : 1° l'action *interne* et générale, dont l'auteur ne parle

L'enveloppement caoutchouté (à l'aide de bonnets, de camisoles, de pantalons, de chaussettes et de gants) produit une macération très complète et rapide des squames psoriasiques et peut même amener la disparition des plaques de psoriasis par son emploi prolongé.

Dans ces cas aussi, il se produit quelquefois un eczéma artificiel ou une tuméfaction notable de la peau (1).

Les savons, surtout le savon vert, et, pour la face et le cuir chevelu, l'esprit de savon de potasse, servent soit à macérer l'épiderme, soit, employés concurremment avec des bains, à enlever les squames déjà macérées et les corps gras appliqués sur la peau ; ils constituent en outre un remède direct.

On obtient une chute rapide de l'épiderme à l'aide de frictions répétées de savon mou, lequel, délayé dans une petite quantité d'eau, est étendu ensuite avec la paume de la main et laissé à demeure. On recommence ces onctions deux fois par jour pendant sept jours. L'épiderme prend une coloration brune, il se ride, se mortifie et se détache trois ou quatre jours après sous forme de grandes lamelles ; on fait ensuite prendre un bain au malade (méthode de Pfeuffer).

Par l'emploi de compresses de flanelles enduites de savon noir et maintenues à l'aide de bandes, on amène la chute des squames épaisses et dures au bout de treize à trente-six heures, au point que la peau paraît excoriée. Ce mode de traitement convient quelquefois pour le psoriasis des genoux et des coudes.

On n'emploiera des caustiques plus énergiques (la solution concentrée de potasse (1 sur 2), l'acide acétique, l'acide citrique, l'acide hydrocholorique) que dans les cas où il aura été impossible d'ob-

---

pas, est loin d'être à dédaigner, soit empiriquement, eaux arsenicales, par exemple, la Bourboule, soit pour satisfaire à une indication générale *propre au malade*, eaux alcalines, sulfureuses, etc., etc.; 2° quant à l'action *locale*, toutes les eaux minérales, et les eaux indifférentes en particulier, type Évian, Plombières, etc., etc., où l'on voudra instituer les BAINS PROLONGÉS, et dont les médecins prendront la peine de diriger l'emploi, peuvent réclamer le traitement des psoriasiques et réaliser les résultats les plus utiles et les plus brillants, à l'imitation de ce que l'on obtient à Loësche, ou ailleurs.

E. B. — A. D.

(1) Cela est vrai ; nous l'avons signalé nous-mêmes. — L'inconvénient est évité en employant notre méthode actuelle, qui consiste à interposer entre le caoutchouc et la peau des compresses de tarlatane imprégnées d'eau de son, et en ne se servant que de toiles de caoutchouc absolument fines. E. B. — A. D.

tenir la chute de l'épiderme à l'aide des autres méthodes de macération.

Enfin, on peut aussi avoir recours à des procédés purement mécaniques (raclage, frictions avec le sable, la pierre ponce) pour enlever les callosités épidermiques très dures.

Les véritables remèdes contre le psoriasis sont ceux qui peuvent amener la résorption de l'inflammation et de la tuméfaction hyperhémique de la peau, qui sont le point de départ de la production des squames. Au nombre de ces remèdes, il faut, outre les agents déjà indiqués, mentionner surtout le goudron, qui, comme les enveloppements hydrothérapiques, les savons, etc., agit également de cette façon.

Le goudron est, en général, le meilleur remède pour amener la disparition de l'hyperhémie chronique ou subaiguë de la couche papillaire, et c'est par conséquent à cette propriété qu'il doit son action si efficace contre le psoriasis. On constate aussi ce fait remarquable que, dans le psoriasis, on peut appliquer le goudron sur des parties de la peau excoriées et saignantes sans augmenter l'inflammation, tandis que, dans l'eczéma, il occasionne une vive irritation de la peau privée de son épiderme.

Parmi les différentes espèces de goudron, nous employons celles mentionnées déjà page 122 : l'huile de hêtre, l'huile de bouleau, plus rarement l'huile de cade, du Juniperus oxcycedrus, et la teinture de bouleau.

Huile de bouleau		50 grammes.
Éther sulfurique	}	ãã 75 —
Esprit-de-vin rectifié		

filtrez et ajoutez :

Huile de lavande	2 grammes.

Le résinéon, dérivé du goudron, qui est également une huile grasse, est moins actif.

Voici de quelle manière on emploie habituellement le goudron : on commence par débarrasser de leur épiderme les parties atteintes de psoriasis, à l'aide du savon employé dans le bain; ensuite on étend une couche mince de goudron au moyen d'un pinceau, une ou deux fois par jour, ou seulement le soir; après cette opération, on enveloppe le malade dans des vêtements de laine, et on renouvelle ces applications chaque jour.

Le bain de goudron est encore plus énergique. Il consiste à frictionner avec du savon le malade dans le bain; immédiatement après, on fait une onction sur tous les points psoriasiques avec du goudron, et

on remet le malade dans le bain, où il doit rester de quatre à six heures.

En dernier lieu, le malade, après s'être lavé et séché, est ensuite soumis à une autre médication.

L'usage du goudron peut occasionner certains accidents, au nombre desquels je dois vous signaler, en premier lieu, une inflammation locale de la peau, dans les points où deux surfaces cutanées se trouvent en contact et s'irritent; par exemple, le scrotum et le pénis. On remédie à cet inconvénient en interposant entre les surfaces cutanées de la charpie ou du coton imprégnés d'une poudre inerte. En second lieu, il faut encore signaler les accidents dus à la résorption aiguë du goudron, intoxication par le goudron. Il arrive parfois que, après la première application sur des surfaces étendues, une grande partie de cette substance est absorbée et introduite dans le torrent circulatoire et donne lieu à des phénomènes d'intoxication. Il survient de la fièvre, des malaises, des éructations, la langue devient saburrale; en outre, il se produit des vomissements de matières noires contenant du goudron, des sels diarrhéiques avec liquides de même nature; en même temps, il y a de l'ischurie, de la strangurie, les urines sont noires et renferment également du goudron. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, il se manifeste une abondante transpiration, les accidents cessent; la diurèse est plus facile; au début, l'urine est vert-olive, plus tard claire, et le bien-être revient. Habituellement, les malades supportent le goudron sans inconvénients. Mais il est prudent, en prévision des complications dont je viens de vous parler, de ne faire, les premiers jours, les frictions que sur des surfaces peu étendues et de surveiller avec soin les urines. Dès qu'elles prennent une coloration vert-olive, on doit immédiatement en suspendre l'emploi. L'organisme s'habitue ensuite peu à peu à cette médication. Chez les sujets jeunes et chez les enfants, ces précautions sont plus nécessaires encore.

Un autre inconvénient, résultant de l'application du goudron, est l'apparition de nombreuses pustules d'acné, notamment sur le côté de l'extension des membres inférieurs et sur les parties velues; cette éruption est caractérisée par des papules douloureuses, dures et qui présentent à leur centre un point noir ou un poil; dès qu'elles surviennent, il faut cesser l'usage du goudron (1).

---

(1) Le goudron, l'huile de cade, l'huile de bouleau blanc, employés méthodiquement en frictions bien dirigées, sont un excellent moyen de réprimer momentanément le processus psoriasique sur un point déterminé du tégument; le moins dangereux, sous le rapport de l'intoxication générale, et celui qui réclame le moins de surveillance de la part

On peut aussi employer le soufre, sous forme de bains sulfureux naturels ou artificiels. Pour préparer les bains sulfureux artificiels, nous nous servons de la solution de Vleminckx, foie de soufre et de chaux, qui est actuellement devenue officinale, depuis qu'elle est préparée suivant la modification indiquée par Schneider. On emploie cette solution de la même manière que le goudron; après avoir savonné le malade, on le badigeonne, dans le bain, avec ce mélange, et on l'y laisse pendant plusieurs heures; ou bien on le frictionne au moment où il sort du bain et il conserve toute la journée cette friction sur la peau. Dans ce dernier cas, la peau devient très sèche et la solution donne lieu à une sensation de brûlure; il est, par conséquent, préférable de l'em-

---

du médecin traitant. Mais, quoi qu'on en ait pu dire, et malgré les regains de faveur accordés à ces préparations pendant ces dernières années, il n'en est pas moins vrai que la cure par le goudron et les huiles susnommées est *lente;* que l'*odeur* de ces préparations est insupportable à beaucoup de malades, ou à ceux qui sont obligés de vivre avec eux; enfin que, chez beaucoup de sujets, il survient assez rapidement, avant la guérison réelle, une *saturation* tégumentaire avec irritation de la peau saine et folliculites ou angiofolliculites dites « acné du goudron » fort pénibles, qui obligent à interrompre la médication, et qui sont, ou qui peuvent être, le point de départ de lésions nouvelles. Si donc nous accordons que, par force majeure, faute de pouvoir diriger convenablement et surveiller nous-mêmes le traitement de tous les malades, l'huile de cade, prise comme type des préparations de goudron, reste encore fréquemment indiquée, nous déclarons que nous n'y avons recours que dans le cas où il nous est impossible d'employer les autres moyens, soit pour une des raisons que nous venons d'indiquer, soit parce que l'altération est étendue à une surface trop grande pour qu'il ne soit pas dangereux de mettre en action des substances plus énergiques.

L'huile de cade peut être employée pure, mélangée à des quantités variables d'huile neutre quand il est nécessaire de l'atténuer, émulsionnée par la saponine, associée à la glycérine en proportions variables, à l'axonge, au savon mou de potasse, à la lanoline et à la vaseline, au glycérolé d'amidon saponifié selon la formule de Vidal: Glycérine, 100; savon mou de potasse, 5; huile de cade 100, etc., etc.

A l'hôpital, pour accélérer la cure, et jusqu'à ce que se manifestent les premiers indices de la saturation cutanée, nous faisons faire deux frictions par jour; tous les deux ou trois jours, on donne au malade un bain prolongé simple, ou boraté, de deux à trois heures.

La cure par les préparations de goudron, qui est certainement plus lente que celle que l'on pratique avec les acides pyrogallique et salicylique, donne-t-elle, comme on l'a dit, une accalmie plus prolongée que celle qui est due à ces préparations? Nous ne le pensons pas. Nulle statistique démonstrative ne l'a établi.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

ployer alternativement avec d'autres remèdes. Sur les parties délicates de la peau, elle peut avoir une action caustique et amener la formation d'eschares; aussi ne doit-on jamais l'appliquer sur la face.

La pommade de Wilkinson, modifiée par Hebra, agit d'une manière remarquable. Dans cette préparation, on a les actions réunies du soufre, du goudron, du savon et de la graisse. En voici la formule :

Soufre citrin.	} āā 50 grammes.
Huile de hêtre.	
Savon vert.	} āā 100 —
Axonge	
Craie blanche pulvérisée.	10 —

On fait avec cette pommade, deux fois par jour, une friction pendant six jours, sans prescrire de bains. Ce n'est qu'après la chute de l'épiderme, vers le dixième ou douzième jour, que le bain devient utile.

La pommade au précipité blanc (de 2 à 5 grammes de sel pour 40 grammes d'axonge), étendue en couche mince, au moyen d'un pinceau, sur les surfaces psoriasiques irritées par les frictions, convient très bien, en raison de son absence de coloration et d'odeur, pour le psoriasis de la face et du cuir chevelu, et pour les plaques disséminées. Employée sur de larges surfaces, cette pommade occasionne une légère salivation.

La pommade de Rochard, mercure et iode, a une action encore plus énergique; en voici la formule :

Iode pur.	0gr.50centigr.
Calomel	1 50

Faites fondre à une douce chaleur et ajoutez :

Onguent rosat	70 »

Cette pommade détermine souvent un eczéma désagréable.

Outre les préparations que je viens de vous indiquer, on peut encore avoir recours aux pommades de nitrate acide de mercure, de proto et de deuto-iodure de mercure, de sous-nitrate de bismuth, d'oxyde de zinc, d'acide salicylique, phénique (de 1 à 5 sur 40); mais ces remèdes ont, en somme, une action médicatrice peu directe.

La chrysarobine, qui a été introduite dans la pratique médicale en 1878, par Balmanno Squire, l'emporte de beaucoup, par son efficacité contre le psoriasis, sur tous les remèdes connus jusqu'ici. On l'extrait au moyen du benzol chaud, dans la proportion de 80 à 85 pour 100, de la poudre de Goa, poudre d'un vert gris sale, formée, en grande partie des fibres ligneuses et médullaires d'un arbre du Brésil (une légumineuse). Dans ce dernier pays, ainsi que dans les Indes orientales (Goa), où elle a été importée, on s'en sert depuis longtemps avec succès contre

diverses maladies de la peau, notamment contre la teigne tondante. L'attention de Balmanno Squire ayant été appelée par un malade sur l'efficacité de la poudre de Goa contre le psoriasis, ce médecin fit d'abord usage de cette poudre et ensuite de la poudre jaune d'or obtenue par extraction de la poudre de Goa, que l'on considérait au début comme de l'acide chrysophanique (Attfield), mais que, depuis les recherches de Liebermann, on désigne sous le nom de chrysarobine.

La chrysarobine se présente sous l'aspect d'une substance jaune consistant en cristaux fins, sous forme d'aiguilles, qui appartient au groupe phénol; elle est presque insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool chaud, le benzol, le vinaigre, la graisse chaude et la vaseline. La préparation à laquelle on doit donner la préférence est une pommade composée de :

Chrysarobine.	10 grammes.
Vaseline.	40 —

ou, dans des proportions plus faibles : 5 grammes de chrysarobine pour 40 grammes de vaseline ou de pommade émolliente (1).

Après avoir enlevé la plus grande partie des squames au moyen d'un bain et de lavages au savon, on applique, plusieurs jours de suite, une fois, au plus deux fois chaque jour, à l'aide d'un pinceau, une légère couche de chrysarobine sur les parties atteintes de psoriasis. Pendant cette période, on supprime complètement les bains et les lotions. Certaines plaques deviennent déjà sensiblement blanches et sans squames après quatre à huit frictions ; pour d'autres, ce n'est qu'au bout de douze, seize ou vingt frictions qu'on obtient ce résultat, tandis que la peau avoisinante se colore en rouge bleu, brun violet.

Outre son action curative rapide sur les plaques isolées du psoriasis, la chrysarobine a encore l'avantage d'être sans odeur ; son application sur les surfaces enflammées, saignantes, n'est pas douloureuse ; la peau conserve sa souplesse, et les bains, qui exigent du temps et qui sont coûteux, deviennent inutiles.

Voici, maintenant, les inconvénients : coloration en violet brun du linge, des ongles, des poils, des cheveux et de la peau saine ; aussi faut-il éviter de l'employer à la face. En outre, il peut se développer une inflammation qui se traduit par une rougeur diffuse ou par une tuméfaction douloureuse, ou bien encore par des éruptions acnéiques ou

(1) La dose de 10 grammes d'acide chrysophanique pour 40 grammes de vaseline est habituellement trop forte ; il y a rarement lieu de dépasser celle de 10 p. 100, indiquée par Balmanno Squire.
E. B. — A. D.

furonculeuses. Ces formes de dermite, qui souvent s'étendent à tout le corps, s'accompagnent de fièvre et d'un malaise général intense, qui persistent deux à trois semaines. On n'a observé que rarement des phénomènes de néphrite.

Pour limiter l'application du remède sur les plaques de psoriasis et protéger les îlots sains de la peau contre les onctions et l'irritation, Pick a très rationnellement recommandé d'employer la chrysarobine suspendue dans la gélatine (gélatine, 50; eau, 100; chrysarobine, 10) (1). Avant de faire les badigeonnages, il faut liquéfier la préparation au bain-marie. La chrysarobine suspendue dans l'alcool ou dans le collodion remplit le même but, et il faut surtout recommander le mélange avec la traumaticine (Auspitz), tandis que ceux avec la gélatine et la colle (Unna) ont une action irritante. On peut, en ajoutant à la préparation de la glycérine (Unna) ou en badigeonnant consécutivement avec de la glycérine (Pick, Auspitz), diminuer la friabilité de la cuticule qui se forme avec ces dernières méthodes.

Jarisch a essayé, à la clinique dermatologique, contre le psoriasis l'acide pyrogallique, bioxyde de phénol, comme un corps chimiquement analogue à la chrysarobine. La pommade qu'il emploie (acide pyrogallique 10 gr., vaseline 100 gr.) est, comme la précédente, sans odeur et d'une application nullement douloureuse; elle n'a pas une action aussi prompte que la chrysarobine, mais, cependant, elle donne

---

(1) Au lieu de mélanger la chrysarobine à la traumaticine, nous avons depuis longtemps proposé de faire d'abord, sur les plaques psoriasiques, une application de chrysarobine suspendue dans l'éther ou dans le chloroforme et de recouvrir ensuite de traumaticine ou de collodion, etc. Ce procédé permet de doser à volonté la quantité de chrysarobine employée, déposée, et d'agir plus énergiquement.

Quel que soit, d'ailleurs, l'agent que l'on applique, il y a intérêt à en *limiter l'action aux parties malades*, toutes les fois où la disposition en disques isolés, et assez larges, le permet; pour cet objet, il n'est pas nécessaire d'*incorporer* le médicament à un adhésif. Nous appliquons *directement* le médicament actif sur la plaque psoriasique décapée; s'il s'agit d'un corps dissous dans le chloroforme, l'alcool, l'éther, etc., on peut recouvrir immédiatement d'une couche de collodion élastique ou de traumaticine; si l'application a été faite à l'aide d'un corps gras ou huileux, le meilleur mode d'occlusion et le plus facile consiste à recouvrir la surface, frictionnée convenablement, d'un morceau d'emplâtre *adhésif* bien préparé et fortement chauffé avant de l'appliquer, *de façon à assurer son adhérence*. On peut ainsi, dans beaucoup de cas, avoir une action localisée, énergique, tout en ne renouvelant le pansement que tous les deux ou trois jours, à la suite d'un bain prolongé.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

aussi de bons résultats (1). Par contre, elle n'occasionne jamais d'inflammations graves ; il n'en serait ainsi que si on se servait de compresses enduites de cette pommade. Comme conséquence désagréable de son emploi, il survient parfois une certaine sécheresse de la peau et du prurit, ou des papules folliculaires et des pustules que l'on doit ramollir à l'aide de pommades émollientes; il faut alors l'interrompre et étendre, sur les parties prurigineuses, simplement de la graisse ou de l'huile de cade. Un état un peu plus inquiétant, c'est l'apparition, chez quelques malades, de strangurie et d'urines vert-olive, parfois noires comme du goudron, accompagnées d'un mouvement fébrile modéré et de malaise. Cet état survient à la suite de frictions répétées d'onguent pyrogallique sur tout le corps. Ces symptômes sont la conséquence de l'absorption d'une certaine quantité d'acide pyrogallique et de son élimination par les reins (2). Cet état ne persiste pas longtemps.

---

(1) On nous permettra de rappeler — voy. 1re édit., t. I, p. 513 et suiv., et *France médicale*, mars 1879 — que, dès l'année 1878, nous avons, des premiers, mis en expérimentation publique les médicaments de Balmanno Squire et de Jarisch, et que nous avons dès l'abord précisé les indications et contre-indications, et annoncé que le pyrogallol prendrait, dans la pratique, le pas sur la chrysarobine, malgré la supériorité de puissance d'action de cette dernière. L'acide chrysophanique ne peut être manié, dans le psoriasis de quelque intensité, que par des mains expérimentées et par des médecins compétents; si son emploi n'a pas donné lieu certainement à des cas d'intoxication hématique graves, comme ceux qui ont été produits par l'acide pyrogallique, il a déterminé, indépendamment d'une série très nombreuse de petits accidents locaux, tels que l'œdème, la conjonctivite, la balanite, etc., des cas de dermatite phlegmoneuse ou exfoliante, graves et prolongés, ou même à terminaison funeste.

Mêmes remarques très atténuées à l'égard de l'anthrarobine de Liebermann, proposée par Behrend — Das Anthrarobin. Ein n. Heilmitt. b. Hautkrankh. — *Monatshefte*, 1888 — et que l'on peut considérer comme un succédané, moins énergique, de la chrysarobine.

E. B. — A. D.

(2) L'un de nous — voy. Ernest Besnier, Sur l'empoisonnement par l'acide pyrogallique employé en frictions dans le traitement du psoriasis, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1882, p. 694 — a précisé les indications de la prophylaxie de cet empoisonnement, dont nous n'avons plus observé d'exemples depuis un grand nombre d'années et depuis qu'une surveillance *active* a été exercée. Nous avons aussi indiqué le traitement auquel, croyons-nous, notre malade a dû de ne pas succomber.

L'acide pyrogallique a son indication capitale, associé ou non à l'acide salicylique, à la dose de 5 à 15 p. 100, dans le psoriasis typique commun, vulgaire. Quand les surfaces malades sont très étendues,

A part ces accidents, la pommade pyrogallique n'entraîne aucune espèce d'inconvénients, et l'on doit recommander vivement son emploi dans la pratique. On l'applique au moyen d'un pinceau, une ou deux fois chaque jour, aussi longtemps que cela est nécessaire. Intercurremment, on peut faire prendre un bain. Les parties de la peau atteintes de psoriasis et celles qui sont saines conservent pendant un certain temps une coloration brune, due à l'usage de cette pommade.

Il y a moins lieu de recommander l'emploi, contre le psoriasis, de l'acide pyrogallique dans de la gelatine, ou la traumaticine avec l'alcool, le collodion, la colle (Unna).

Espérant trouver, dans un des nombreux corps qui ont été obtenus jusqu'à présent par les différentes espèces de distillation et de séparation chimique du goudron, les propriétés de ce médicament, sauf ses inconvénients, et ayant rejeté, comme ne correspondant pas jusqu'à présent à notre but, ceux de ces corps que j'ai étudiés à ce point de vue, tels que le résinéon, les benzols, et, parmi les phénols, l'acide phénique, j'ai, sur le conseil du professeur E. Ludwig, introduit le naphtol dans la thérapeutique. Dans tous les cas où l'on employait le goudron, je l'ai trouvé efficace et indiqué, et il en a été de même pour le psoriasis.

Il y a deux corps isomères du même nom naphtol, que l'on distingue en chimie comme naphtol α et naphtol β. Celui que j'emploie dans le traitement des différentes maladies de la peau est le naphtol β ; je le désigne, dans la pratique, en abrégé, sous le nom de naphtol.

Le naphtol (c'est-à-dire naphtol β), dont la formule chimique est $C^{10} H^8 O$, est préparé en fabrique et est livré dans le commerce en frag-

---

l'application ne doit être faite que par fractions du corps, et la dose de pyrogallol employée par vingt-quatre heures ne doit pas dépasser 5 grammes.

Si le psoriasis est exanthématique, aigu, diffus, scarlatiniforme, l'acide pyrogallique est contre-indiqué, comme trop irritant et comme toxique. D'une manière générale, nous recommandons, dans les recherches thérapeutiques nouvelles à l'aide d'agents toxiques, essayés contre le psoriasis, de se défier de la faculté d'absorption très grande que l'altération de la couche kératinisée de l'épiderme apporte à l'absorption.

Dans tous les cas d'empoisonnement par absorption cutanée, les accidents évoluent avec rapidité, et c'est l'indication vitale qu'il faut tout d'abord remplir ; chez notre malade, nous sommes arrivés au succès, malgré les apparences les plus effrayantes, en injectant largement de l'éther dans le tissu musculaire sous-cutané, en donnant presque incessamment de l'eau alcoolisée, en faisant sur le tégument une révulsion énergique et en ayant recours aux inspirations d'oxygène.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ments grossiers. Ils sont brun violet foncé, de structure cristalline et se brisent facilement en petits morceaux pulvérulents, qui présentent alors une teinte brun rougeâtre. Depuis que le naphtol est devenu un médicament très demandé, on le vend sous forme d'une poudre blanchâtre cristalline, que l'on obtient par cristallisation, de la forme décrite précédemment.

Le naphtol a une odeur faible, rappelant celle de l'acide phénique, mais plus douceâtre, et une saveur très âcre, comme le poivre espagnol. Il se dissout dans presque son poids d'alcool, très difficilement dans l'eau, mais bien dans de l'esprit-de-vin étendu de moitié d'eau; il se dissout rapidement dans l'huile et aussi dans des graisses compactes.

On peut donc l'employer en solution alcoolique-aqueuse et sous forme d'huile ou de pommade. J'ai, en outre, fait préparer un savon de naphtol et un savon de soufre et de naphtol, qui est parfaitement approprié au traitement de certaines formes morbides.

La solution et la pommade de naphtol, incolores au début, deviennent rougeâtres au contact de l'air; les linges qui en sont imprégnés se colorent quelquefois de la même manière; mais cette coloration disparaît par le lavage au savon.

Le naphtol, surtout quand on l'applique sur la peau sous forme de pommade, est résorbé rapidement, quelle qu'en soit la quantité, et excrété par les reins, d'après J. Mauthner, comme sulfate de naphtol. L'urine, sous l'influence du naphtol excrété est trouble ; elle devient claire si on l'additionne d'alcool. Nous n'avons cependant jamais observé d'albuminurie chez l'homme, et également peu d'hémoglobinurie provenant de la décomposition des corpuscules rouges du sang; Neisser a constaté ce résultat chez des lapins et des chiens empoisonnés par le naphtol. Nous n'avons, d'ailleurs, jamais vu de conséquences fâcheuses d'aucun genre, bien que nous ayions fait frictionner tout le corps avec des pommades de naphtol de 5 à 15 p. 100 chez plusieurs centaines de malades, plusieurs fois chaque jour et pendant des semaines.

Toutefois, il faut manier avec précaution ce médicament comme aussi le goudron, la chrysarobine et l'acide pyrogallique, en ayant soin de ne l'employer les premières fois, chez les personnes jeunes et à peau délicate, que peu concentré, sur des surfaces restreintes de la peau, et en examinant soigneusement l'état des urines.

La surveillance sera beaucoup plus attentive encore avec le traitement par la solution alcoolique de naphtol (1/2 à 5 p. 100) ; il ne faut pas abandonner au malade l'emploi de ce médicament comme une faible solution d'acide salicylique, phénique ou borique, sans contrôler régulièrement son action. Car déjà une solution à demi pour cent produit, après trois ou quatre badigeonnages, une mortification sèche

de l'épiderme — effet qui correspond à celui du goudron et suffit même pour obtenir certains effets curatifs. Mais une application en excès détermine une irritation de même nature que les érythèmes toxiques, l'urticaire et même une légère dermite.

Dans le psoriasis, la pommade de naphtol n'agit pas aussi rapidement que la chrysarobine et l'acide pyrogallique; mais cependant l'effet est souvent très prompt, surtout contre les anciennes plaques du coude, du genou; elle est tout particulièrement indiquée contre le psoriasis de la face, de la tête et des mains, car elle ne colore pas la peau et les poils. On fait pendant six jours deux badigeonnages par jour, on lave le septième jour avec du savon, etc. On peut aussi alterner les lavages quotidiens au savon et les applications de pommade. Quelquefois, la pommade occasionne une sensation durable de brûlure sur la peau, que diminue un poudrage d'amidon. Ce traitement n'est jamais suivi d'inflammation de la peau, de furoncle, ni d'eczéma (1).

Le médecin a maintenant à choisir, parmi les nombreux remèdes que je viens de vous indiquer (2), celui qui lui paraîtra le mieux approprié, en tenant compte chaque fois de la forme et de l'intensité de la maladie, des conditions individuelles et extérieures.

La durée du traitement est très différente, toutes choses égales d'ailleurs, suivant les sujets et pour le même malade, selon le moment, parfois très courte, d'autres fois presque interminable. La guérison est surtout rapide quand le psoriasis se trouve à la période de décroissance; mais, au contraire, presque tous les remèdes échouent quand le malade est dans une période de nouvelles éruptions.

J'ai déjà dit précédemment, à titre général, qu'il n'existe aucune méthode de traitement pouvant assurer la guérison durable du psoriasis (3).

---

(1) Le naphtol constitue un très utile succédané des agents actifs, et il convient parfaitement à certains cas de psoriasis superficiel très étendu, surtout sous forme de pommade, de 5 à 15 p. 100, et de savon de 2 à 6 p. 100. Dans le psoriasis commun, et dans la majorité des cas, il est insuffisant. E. B. — A. D.

(2) Le nombre des substances appliquées au traitement du psoriasis s'accroît chaque jour. — Voy. Z. Oestreicher, zur therap. Verwendung. des Hydracetin, *Berliner klin. Wochensch.*, 1889, n° 28 ; et Joh. Fabry, zur Behandl. d. Psoriasis, insbesondere mit Hydroxilaminum muriaticum, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1889, n° 2. E. B. — A. D.

(3) Nous engageons le lecteur à se bien pénétrer de ces dernières remarques, qui sont l'expression abrégée de la vérité sur le rôle de la thérapeutique dans le psoriasis. E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Du pityriasis rubra pilaire, ou folliculaire (1).

(*Pityriasis pilaris* de Devergie et de Richaud.)

Nous plaçons ici, immédiatement après le psoriasis, une affection qui en est voisine, que l'auteur n'a pas décrite, mais que l'on ne saurait plus omettre aujourd'hui dans un traité de dermatologie, le *pityriasis pilaire* de Devergie et de Richaud, que nous avons décrit, après eux, sous le nom de *pityriasis rubra pilaire.* C'est une dermatose dont l'élément essentiel est une anomalie accidentelle de la kératinisation de l'épiderme, le phénomène objectif primordial, une hyperkératose exfoliante à petits lambeaux ayant pour foyer d'origine, pour siège fondamental, la paroi de l'infundibulum folliculaire, les glandes sébacées annexes et le lit unguéal, c'est-à-dire les points où l'évolution physiologique de l'épiderme est particulièrement active.

La multiplicité de ses lésions élémentaires — aspérités des orifices folliculaires, kératolyses de types variés, rougeur avec exagération des plis superficiels de la peau — non moins que la multiformité et le caractère protéiforme des efflorescences selon les diverses phases de l'évolution ou les différentes localisations anatomotopographiques, lesquelles reproduisent successivement ou simultanément les apparences du psoriasis, de l'ichthyose ansérine, du « lichen pilaire », de la xérodermie pilaire simple ou érythémateuse, du « lichen ruber », du « pityriasis rubra », etc., l'avaient fait confondre, et la font encore aujourd'hui confondre, par beaucoup d'observateurs, avec l'une ou l'autre de ces diverses affections.

La première observation publiée, dans laquelleon puisse reconnaître sûrement les caractères typiques du pityriasis rubra pilaire, a été recueillie à Londres, à l'hôpital de Saint-Barthélemy en 1828, sur un sujet anglais, par un médecin anglais, Claudius Tarral, et communiquée par lui à Rayer, qui l'inséra dans un grand ouvrage sous le titre de *Psoriasis général, apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils.* (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, avec un atlas in-4, seconde édition. Paris, 1835, t. II, p. 158.) C'est seulement vingt ans plus tard que Devergie, ayant rencontré deux faits comparables au cas de Tarral, basa sur eux la description d'une dermatose nouvelle, de l'ordre des squames, qu'il dénomme *pityriasis pilaris* à cause de son siège prédominant au niveau des follicules pileux, et en raison de ses relations avec ce qu'il a appelé « pityriasis rubra », relations qui, pour lui, sont de pure coïncidence ou

(1) Pour l'étude plus étendue de la maladie, voyez Ernest Besnier : Observations cliniques pour servir à l'histoire du pityriasis rubra pilaire, avec planches en chromolithographie et dessins histologiques, *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2e série, t. X, 1889, et tirage à part.

de succession; l'élément ansérin, l'hyperkératose folliculaire, constituent le type morbide; quant aux autres altérations de la peau qui les précèdent ou les accompagnent, la desquamation grasse du cuir chevelu et de la face, l'exfoliation palmaire, la rougeur généralisée, ce ne sont que des associations de maladies distinctes, qu'il dénomme « pityriasis du cuir chevelu », « psoriasis ou pityriasis palmaire et plantaire », « *pityriasis rubra* », etc. DEVERGIE avait, il est vrai, déclaré que ce *psoriasis palmaire* n'était, *peut-être*, qu'un *pityriasis;* mais il n'entendait pas par là parler qu'au sens nosographique du mot, et nullement en faire un élément du pityriasis pilaire, ni du pityriasis rubra. — Voy. *Traité pratique des maladies de la peau.* Deuxième édition, in-8, Paris, 1857, p. 454 et suiv.

En 1855, THOMAS HILLIER, dans son Manuel des maladies de la peau (*Hand-Book of skin diseases for students and practitioners*, London, in-12, 1865, p. 60 et suiv.), traite du pityriasis pilaire d'après DEVERGIE, discute la question sommairement et donne une observation importante sous son véritable nom : *Case of Pityriasis pilaris.*

En 1871, TILBURY FOX observa, et il décrivit et représenta en 1873 — Clinical Lecture on Pityriasis pilaris, *Med. Times and Gazette,* 10 mai 1873, p. 487 et suiv., et *Skin diseases*, third ed., London, 1873, p. 254 — un fait semblable, qu'il intitule « pityriasis rubra pilaire » ; mais, loin d'en faire, comme DEVERGIE, une maladie indépendante, il déclare que ce n'est qu'une phase ou qu'un accident du *pityriasis rubra,* le résultat de l'envahissement des follicules.

C'est à notre élève RICHAUD qu'est due la conception exacte de la maladie — Étude sur le *pityriasis pilaris*, thèse de Paris, 1877. — Dans ce travail vraiment remarquble, RICHAUD établit avec une réserve modeste, mais en termes très nets, que toutes les manifestations symptomatiques, en apparences diverses, que DEVERGIE et ceux qui l'ont suivi immédiatement ont considérées comme des coïncidences appartiennent à une seule affection pityriasique, généralisée à tout le système épidermique. L'individualité de l'affection était, de ce fait, constituée.

Caractères dermatographiques et histologiques. — Dans un cas entier, typique, de pityriasis rubra pilaire, le tableau clinique dermatographique comprend trois éléments principaux : *a*) les aspérités des orifices folliculaires, — *b*) la desquamation, — *c*) la rougeur avec exagération des plis de surface de la peau.

a) *Aspérité des orifices folliculaires. — Cônes cornés, cônes épidermiques, circumpilaires; comédons pilaires, papules cornées, etc.* — I. Ce sont des aspérités généralement coniques, mais pouvant présenter de très grandes variétés morphologiques, selon le siège, le degré d'évolution, les cas particuliers : acuminées, filiformes, coniques, rondes, plan-convexes, excavées, ombiliquées, poinçonnées, déformées par exfoliation ou par coalescence; discrètes ou cohérentes; assez petites ou assez peu élevées quelquefois pour échapper à la vue ou n'être appréciables qu'à la loupe; s'élevant d'autres fois à plusieurs millimètres au-dessus du niveau de la peau, et variant, à la base, d'une fraction de millimètre à plusieurs millimètres; desquamatives dès le début, blanc grisâtre, grisâtres, plâ-

treuses, argentées, mates, ternes ; plus rarement rouge pâle, rouge brun, rouges ou rose jaunâtre, brillantes, redevenant opaques et desquamant par le grattage. Leur sommet peut être plein, mousse, inégal, fermé, ou, au contraire, en cône, tronqué de différentes manières, érodé, squamulaire, donnant issue à un poil cassé à peu de distance de la surface, engainé ou non d'un étui corné sébacéo-squameux ; tantôt, la bague épidermique, l'anneau périphérique est prédominant, et le comédon pilaire central ne forme, à son centre, qu'un point minime ou manque complètement; tantôt, le point noir pilaire, même très petit, prédomine, semble exister seul et donne à la région l'aspect d'une barbe mal rasée ou d'une tonsure trichophytique ; ou encore, cas plus typique, le cône présente à son sommet un petit cratère au fond duquel existe, ou non, un point noir, plan de rupture d'un poil. Tantôt, enfin, l'élément entier est seulement, à sa surface exposée, une petite squame plate, ponctuée, un point psoriasiforme, plan-convexe ou plan-grisâtre, ou rougeâtre à la base, véritable cône étalé et exfoliant, ou même un poinçonnement simple, ou une cupule centrée par un orifice folliculaire ou par un poil.

Lorsque plusieurs éléments de cet ordre coalescent, leurs bords s'effacent ; ils forment une petite plaque squameuse que l'on reconnaît, à la loupe ou à un examen très attentif, composée d'éléments montrant encore le point central et conservant à la face profonde les cônes pilaires inférieurs associés.

Dans presque toutes les formes, l'efflorescence est sèche, dure, rugueuse, rude et râpeuse au toucher comme une lime à bois; la peau prend, à tous les degrés, l'aspect de la peau d'une volaille qui vient d'être plumée, de la peau d'oie, revêtant tous les types de la « peau ansérine », de la xérodermie ichthyosique transitoire ou de l'ichthyose pilaire permanente, etc. ; d'adhérence variable, elle peut être avulsée en totalité ou en partie par l'ongle, ou par le grattage à la curette, ou à l'aide de la pointe d'une épingle ou d'une lancette, sans rupture des anses vasculaires du sommet des papilles et sans effusion sanguine.

Généralement développés d'une façon symétrique sur la surface tégumentaire, ces divers éléments peuvent être discrets sur une région déterminée, disposés sans ordre apparent, ou, au contraire, rangés en lignes régulières selon les directions anatomotopographiques des séries folliculaires, très rapprochés, cohérents, confluents par développement excentrique de la base de chacun d'eux; quelquefois groupés en îlots irréguliers ou réguliers comme sur le dos des phalanges, en plaques conservant le type inaltéré, ou hyperkératosées à l'excès et déformées en plans plâtreux encore régulièrement granités, ou confondus en plaques psoriasiformes, eczématiformes ou lichénoïdes (région de la hanche), striées de grands plis, ou marquant la mosaïque des petits sillons superficiels, comme au sommet des articulations, etc.

La figure 5 du mémoire de Taylor — Lichen ruber as observed in America, and its distinction from lichen planus, by R. W. Taylor, M. D., surgeon to Charity Hospital and to the department for veneread and skin diseases of the New-York hospital (*New-York medical journal*, january 5, 1889 — représente très bien l'état d'isolement premier des

aspérités, en *a;* leur coalescence progressive de *a* en *b*, et de *b* en *c*, leur réunion en mosaïque pavimenteuse, dessinée par les plis de surface limitant chaque district kératolysique.

A l'exception du cuir chevelu, où elles font défaut; des faces palmaires et plantaires, où elles sont rares et éphémères, les saillies cornées miliaires se rencontrent sur toutes les parties de la face tégumentaire; souvent disséminées à un grand nombre de points, d'une manière simultanée ou non, avec des territoires d'élection et de prédominance : la face antéro-externe des membres, les sommets et les plis des grandes articulations, le col, la partie supérieure du tronc, les régions fessières, le dos des mains, les parties les plus velues des régions métacarpiennes et le dos des phalanges, etc., qui seront indiqués plus loin en termes précis.

Le plus habituellement, un poil occupe le centre du cône, lequel, selon qu'il s'agit d'un poil à bulbe creux ou d'un poil à bulbe plein, le sertit sur une longueur plus ou moins grande au niveau de sa tige, c'est-à-dire au-dessus de l'abouchement des groupes sébacés dans le canal pilaire, tout à fait au-dessus de sa partie radiculaire. Ses altérations, presque toutes mécaniques, sont variables surtout selon sa nature et son degré de développement; selon les cas, les formes et les degrés, il est engainé de lamelles cornées, sébacées, enroulé, comprimé, cassé.

Le siège anatomique de ces éminences existe au niveau des orifices folliculaires, des orifices pilaires en particulier; leur segment inférieur, adhérent à la couche cornée, occupe l'infundibulum se prolongeant plus ou moins loin dans le canal pilaire jusque vers l'abouchement des orifices sébacés, dilatant inévitablement l'orifice et le canal, et laissant, après l'avulsion, une logette conique à sommet inférieur sur les parois de laquelle on retrouve la stratification kératosique feuilletée qui constitue le bloc lui-même, lequel, dans son entier, représente deux cônes adossés par la base.

Le plus ordinairement, les aspérités couronnent les pores des follicules pilosébacés, naissant dans la paroi de l'infundibulum, au-dessus de l'abouchement des glandes sébacées, et entourant le poil d'une bague feuilletée qui l'enserre étroitement, mais n'émanant pas de celui-ci, qui peut être absent et ne joue aucun rôle réformateur. Quand le cône corné sertit un poil à bulbe creux, il ne forme qu'une bague autour de sa *tige*, de la partie située au-dessus du confluent sébacé, de celle qui correspond au canal pilaire; la gaine interne du poil demeure étrangère à sa constitution ; mais, au contraire, si le cône corné enserre un poil à bulbe plein, c'est-à-dire un poil en voie d'élimination, déjà remonté de sa racine jusqu'à l'abouchement des canaux sébacés et n'ayant plus de gaine interne, on pourra avoir l'illusion de croire que l'anneau kératosique qui l'entoure provient de cette gaine interne. Un coup d'œil jeté sur les figures 321 (poil à bulbe creux) et 323 (poil à bulbe plein) de l'ouvrage de Ranvier — *Traité technique d'histologie*, 2e édit., Paris, 1889 — fera comprendre le mécanisme de l'enclavement apparent du poil à bulbe plein entier par le cône corné, qui occupe alors la presque totalité du poil, sauf la petite portion représentant ce

qui reste de la racine proprement dite. — Voy. *Mém. cité*, les observations et les descriptions de L. Jacquet, ainsi que les dessins histologiques.

La plupart de ces détails ont été relevés dès les premières observations qui ont été faites sur le pityriasis rubra pilaire. En 1888, Cl. Tarral, *loc. cit.*, reconnaît que les aspérités existent seulement là où il y a des poils, « et qu'en les détachant à l'aide d'une épingle, on voit que ces saillies sont formées par des squames agglomérées en petits grains ronds dans les prolongements épidermiques qui entourent chaque poil. » — Thomas Hillier, 1863, *loc. cit.*, a fait un examen histologique : « Lorsqu'on examine un poil imparfait, on le trouve engainé de couches épithéliales... Beaucoup de squames sont parsemées de globules qui réfractent fortement la lumière, comme des globes huileux. » — J. Renaut, 1876, III[e] partie de la 1[re] édit. du *Manuel d'histologie* de Cornil et Ranvier, place le point de départ des aspérités cornées dans les couches d'épiderme corné, « qui sont incessamment produites par la gaine interne du poil et s'accumulent autour de sa tige en s'emboîtant les unes dans les autres comme des cornets de papier que l'on aurait superposés. Bientôt, le poil est étouffé par le cône corné qui l'entoure; il se brise à son point d'émergence. Lorsque l'accumulation d'épiderme continue à s'effectuer, la petite corne péripilaire se creuse une loge dans les parties superficielles du derme; la peau prend alors l'aspect d'un chagrin rude à gros grains. » — Richaud, *loc. cit.*, ajoute qu'entre la masse cornée et le poil se trouve un petit amas de sébum qui sépare le poil de sa bague épidermique. Enfin, en 1889, Caesar Bœck — Ein Fall von Pityriasis pilaris (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, Band VIII, n° 3, 1889) — fait une étude approfondie des cônes pilaires avulsés, et si, n'ayant pas fait de biopsie, il a, avec Renaut, placé le point de départ de l'altération dans la gaine interne du poil, il n'en a pas moins donné de ces cônes circumpilaires une description qui ne saurait être surpassée.

Les saillies cornées, quand elles sont devenues cohérentes, forment des groupes dans lesquels elles conservent leur individualité d'abord, puis fusionnent et constituent des plaques ou placards granités, qui prennent ultérieurement un aspect variable selon la région, strié de lignes parallèles, disposé en quadrilles, en losanges, ou en mosaïque plus ou moins irrégulière au gré des plicatures exagérées de la peau. Lorsque la dégradation liée à la marche du processus est assez avancée, ces placards ou ces nappes plus ou moins vastes desquament uniformément et ressemblent à des éléments également plus ou moins anciens d'eczéma chronique, dit lichénoïde ou lichen circonscrit, de psoriasis, de lichen de Wilson, etc.

On les rencontre sur toute la surface du tégument, mais surtout au dos de l'épaule, sur les parties condyliennes des membres, au niveau du grand trochanter, etc. Quand ils sont réunis et couvrent de grandes étendues de la peau, ou bien quand ils sont isolés, ils peuvent être limités par des bords d'érythème lisse ou légèrement saillant ou, au contraire, sans ligne de démarcation précise autre que le point où cesse la fusion des saillies cornées, lesquelles reparaissent isolées et de plus en plus discrètes à mesure qu'on s'éloigne, formant seulement des îlots rudimentaires dans la zone immédiate.

b) *Exfoliation, desquamation, élimination de la couche cornée de l'épiderme et des phanères.* — Séparée ici pour les besoins de la description, mais en réalité indivise avec le trouble de kératinisation dont elle est la suite immédiate et directe, et qu'elle accompagne jusqu'à la fin, l'exfoliation de la couche cornée de l'épiderme est essentielle, idiopathique et ne saurait être assimilée aux exfoliations secondaires des érythèmes dermiques, des dermites ou des dermatites.

Cliniquement, elle est souvent le premier phénomène sensible de la maladie, son indice révélateur, et, sur certains points, l'indice prédominant, presque exclusif. Plusieurs semaines avant que la maladie puisse être reconnue à quelque caractère décisif, le cuir chevelu, ou les régions velues du visage peuvent fournir une mue abondante de pellicules avec ou sans accumulation sur place, variété aussi curieuse que peu connue de « pityriasis blanc », et dans quelques régions, comme aux faces palmaires et plantaires des extrémités, une simple exfoliation lamelleuse.

Le type essentiel de cette desquamation est pityriasique au sens willanique, selon diverses variétés qui peuvent être localisées à une région, ou, au contraire, se côtoyer sur un même point ; tantôt simple, comme sur les grandes surfaces du tronc des membres ou de la face, marquant seulement d'une fine ponctuation argentée les sommets papillaires alignés, les plis de surface ou l'éventail des plis orbiculaires, ou tachetant la surface de la peau de petites squames espacées, adhérentes par le centre comme si elles y avaient été collées; tantôt, couvrant de larges surfaces, comme le visage, d'un enduit plâtreux, sébacéo-squameux, formant un granité uniforme qui surmoule la saillie cornée de chaque orifice folliculaire, et reproduisant tous les plis de surface ou s'accumulant en couches épaisses et adhérentes, plus ou moins chargées de graisse, comme à la surface du cuir chevelu, selon le mode de quelques séborrhées, mais donnant, dans tous les cas, par le grattage, une pluie abondante de squamules.

Au sommet des grandes articulations, la desquamation s'exagère au maximum, couvrant les saillies folliculaires de surtouts exubérants de squames en gouttes de plâtre, en larmes de cire, qui amplifient le relief par surmoulage, au centre desquelles on retrouve l'orifice pilaire, et qui se continuent à la périphérie avec les grains pilaires typiques.

Aux faces palmaires et plantaires des extrémités, le type normal de la desquamation n'est plus pityriasique, mais lamellaire; la couche cornée, déjà régulièrement si épaisse en ces régions, se dissocie, se craquèle et s'exfolie en lambeaux plus ou moins longs, disjoints aux plis de flexion, adhérents au centre. Cependant ce type n'est pas exclusif, et, même dans les cas les plus intenses, on peut trouver à la paume des mains et à la plante des pieds une hyperkératose modérée avec simple exagération des plis de surface, exfoliation bornée aux plis de flexion simplement accusés par des lignes plâtreuses ; ou même de très légères exfoliations limitées, comme chez la malade de Taylor — *loc. cit.*, fig. 1.

Sur les autres régions, c'est à titre local, accidentel, sous des influences diverses, ou seulement dans quelques rares paratypes que,

sur la surface des membres ou sur le tronc, la desquamation sort du type pityriasique pour devenir lamelleuse.

Les altérations diverses qui peuvent atteindre les phanères au cours du pityriasis rubra pilaire, et qui seront indiquées plus loin, n'entraînent leur élimination que pour les poils, et encore dans les proportions variables, inégales, ou même contradictoires.

Abstraction faite des altérations des poils de duvet liées aux altérations folliculaires des surfaces générales, les poils peuvent rester sains, croître avec exubérance généralement ou partiellement, ou, au contraire, tomber et même présenter chez un même sujet tous ces caractères réunis : par exemple, rester intacts au cuir chevelu, être complètement éliminés à l'aisselle ou au pubis, et croître avec exubérance sur les membres. Quant aux cheveux et à la barbe, malgré l'énorme dissociation de la couche cornée au niveau du canal pilaire et le véritable flux sébacéo-pilaire de la surface entière de ces régions, il n'est pas ordinaire qu'ils subissent d'atrophie considérable, ni d'alopécie comparable à celle qui caractérise d'autres érythrodermies exfoliantes.

Enfin, les ongles présentent des altérations profondes, typiques, qui seront indiquées plus loin; ils ne sont jamais éliminés.

c) *Rougeur ; exagération des plis de surface de la peau. Hyperhémie et infiltration de la couche papillaire du derme.* — I. Secondairement aux phénomènes parakératosiques qui, dans l'observation clinique attentive, se montrent les premiers, sont initiaux, il se produit une hyperhémie avec rougeur de la peau, d'abord localisée à l'aire folliculaire, puis étendue plus ou moins rapidement aux espaces interfolliculaires.

Tantôt, la rougeur forme un anneau léger, visible à quelque distance seulement de l'aspérité; tantôt, elle apparaît autour du cône corné assez immédiatement pour que la saillie entière ressemble à une petite papule rouge rosé ou d'un jaune brunâtre, considérée par quelques auteurs comme une papule vraie, et désignée par eux sous le nom de lichen (L. pilaire, L. ruber, etc.); exceptionnellement, la rougeur apparaît d'abord dans les espaces interfolliculaires, et s'y dispose d'une manière diffuse recouverte par les aspérités épidermiques d'un blanc éclatant ou par de petites squames plates, discrètes; tantôt, elle forme des plaques figurées, recouvertes de l'une ou de l'autre de ces dernières variétés.

Dans quelques cas, la rougeur apparaît seulement au centre des îlots hyperkératosiques; dans d'autres, elle se montre seulement autour des îlots granités, auxquels elle forme un anneau rouge.

Souvent masquée, surtout dans les premières phases, par l'exfoliation et l'épaississement de la couche cornée, la rougeur est, en réalité, déjà existante à un degré quelconque quand la kératose ponctuée est constatée; mais étant en grande partie simplement congestive et liée à des altérations vasculaires peu accentuées, elle est variable selon les cas, les périodes, le degré, etc. Il est presque toujours aisé de la mettre en évidence, quand elle est dissimulée, en désopacifiant la couche cornée par une imprégnation huileuse, ou en l'avulsant par le grattage ou par le bain. Mais, précoce ou tardive, légère ou prédominante, partielle ou générale, la rougeur de la peau fait partie intégrante du tableau clinique complet de la maladie, et, alors même qu'elle ferait défaut à certaines

périodes ou dans certaines formes, elle ne saurait être disjointe du type.

La rougeur érythémateuse initiale, limitée au pourtour des aspérités, ou étalée dans leurs intervalles, disparaît sous la pression du doigt, ne s'accompagne pas d'élévation sensible du niveau tégumentaire, ni d'exagération des plicatures de surface; mais après un temps variable, quand un certain nombre d'aspérités juxtaposées, préalablement, ou non, disposées sur une base rouge, ont coalescé par extension réciproque en nappes, en îlots, en plaques, ou sur de vastes surfaces en même temps, la lésion change d'aspect; la tuméfaction du réseau et l'infiltration légère du derme papillaire élèvent le fond au niveau des saillies qui disparaissent, comblent les vides, exagèrent les plis papillaires, la desquamation s'étale sur la surface, et l'état de pityriasis rouge est constitué définitivement. En se réunissant, les îlots, les nappes ou les plaques forment une rougeur uniforme qui s'étend à de grandes surfaces continues, à une grande partie du corps ou, au contraire, ils restent plus ou moins longtemps à l'état d'îlots isolés de dimensions variables.

En résumé, dans l'ordre typique, un même point de la surface cutanée passera d'abord par la période ansérine, puis par l'hyperhémie périfolliculaire, l'infiltration superficielle, pour aboutir à l'état rouge lisse avec exagération des plis superficiels et desquamation pityriasique. A ce degré, la rougeur est constante, rose pâle, rose rouge, rouge, jaunâtre, rouge jaunâtre, orangé, chamois, partiellement bistrée, disparaissant incomplètement sous la pression du doigt, plus ou moins dénaturée ou masquée par la desquamation pityriasique, mais souvent très accentuée et toujours aisée à constater par l'avulsion des squames, par le grattage ou par le bain, ou en rendant aux couches cornées leur transparence par des applications grasses; on la trouve localisée symétriquement, disposée par plaques, ou généralisée à de très grandes surfaces, à la totalité du corps, y compris le visage, avec ou sans îlots de réserve.

C'est à cette période que l'on constate l'exagération des plis, le plissement fin et régulier, dessinant en lignes élégantes toutes les séries papillo-sudorales et sébacéo-pilaires, à un niveau sensiblement égal, et sans rugosité appréciable au toucher, ailleurs que dans les plis articulaires, sur tous les points où la peau est convenablement tendue.

Même dans les cas intenses et prolongés, la rougeur du tégument, l'exagération des plis de surface, restent toujours dans la mesure d'une hyperhémie légère avec transudat hématochromique peu intense, et d'une infiltration très modérée et toute superficielle du derme, d'un ordre et d'un degré comparables à ceux qui appartiennent au psoriasis, par exemple, avec une tuméfaction congestive beaucoup moins grande du réseau papillaire sanguin.

Ces données de l'observation clinique concordent absolument avec les résultats des examens histologiques de Robinson — The question of relations hip between Lichen planus (Wilson) and Lichen ruber (Hebra). *Jour. of cutan. and gen. ur. diseases.* January, February, March 1889, anal. franç., par Brocq, *in Annales de Dermat.*, 1889, p. 302 et suiv. — *Revue critique :* La question du Lichen ruber en Amérique et de Ira

van Gieson (Mém. de Taylor),—lesquels établissent que les lésions épidermiques prédominent et que les troubles vasculaires du derme sont superficiels, l'infiltration irritative ne dépassant guère la zone papillaire. Les préparations de L. Jacquet — voy. Mémoire cité fig. I, *e*, *e*; fig. II, *f*, *f*; fig. III, *c*, *e*; fig. IV, *e*; fig. V, *e*, *e* — mènent à des conclusions identiques.

d) *Chronologie et hiérarchie des lésions élémentaires.* — Cliniquement, la formation des aspérités, l'exfoliation de la couche cornée de l'épiderme sont les premières lésions manifestes, et elles peuvent, en cet état, persister souvent un temps fort long; la rougeur du derme, la tuméfaction du corps muqueux, et surtout l'infiltration de la couche capillaire du derme, traduites par l'élévation du niveau et par l'exagération des plis de surface, sont consécutives, secondaires, ou peuvent manquer dans les cas abortifs ne dépassant pas la première étape; dans le tableau clinique, régulièrement, ils font partie d'un processus de première ligne, qui n'est ni inévitable ni constant à toutes les périodes.

Histologiquement, les altérations du chorion sont inférieures à celles de l'épiderme et des épithéliums folliculaires; elles ne sont pas en rapport proportionnel et peuvent manquer aux premières périodes; on les observe sans cesse à un égal degré, ou à un degré supérieur, dans un grand nombre d'affections, sans qu'elles entraînent de semblables lésions dans les régions épithéliales. Il est légitime d'en conclure que les troubles de la kératinisation, les altérations de nutrition du corps muqueux, ne sont ni primées ni occasionnées par des lésions appréciables, survenant préalablement dans le chorion.

Mais faut-il, selon le théorème général d'Auspitz, admettre avec Robinson (*loc. cit.*) que les altérations du revêtement corné sont elles-mêmes primitives, et que les lésions du réseau, au même titre que celles du chorion, ne sont qu'un résultat physiomécanique de la compression et de l'irritation produites par l'hyperkératose? Assurément non. Bien plus, nous ajouterons que c'est seulement reculer la question de supposer que l'origine absolue de l'hyperkératose réside seulement dans les changements survenus dans le réseau; cette question est à réserver, les altérations du corps muqueux ne pouvant pas mieux se comprendre en dehors d'une cause préalable que celles de la couche cornée.

L'évolution individuelle de chaque espèce élémentaire d'efflorescence, ainsi que ses rapports avec les autres espèces, sont, au point de vue chronologique, soumises à des variétés illimitées dans l'augment, l'état et le déclin.

Quelquefois, en peu de jours ou en peu de semaines, le granité folliculaire récent ou déjà ancien, surtout dans les variétés planes ou excavées, est envahi par la rougeur avec exagération des plis et desquamation; l'état de pityriasis complet est constitué partiellement, ou sur la totalité du corps; puis arrivent tous les degrés intermédiaires qui séparent les cas à marche rapide de ceux à processus torpide qui mettent des mois entiers à se terminer sur place, et quelquefois des années à évoluer sur la totalité du tégument.

Dans la régression, mêmes inégalités, mêmes intermittences, rémit-

tences et intercurrences, mais toujours avec l'ordre symétrique conservé.

a) *Ages, sexes, hérédité, conditions étiologiques.* — Maladie identique en tous pays, le pityriasis rubra pilaire apparaît à tout âge, mais débute le plus ordinairement dans l'enfance ou pendant la jeunesse; on l'a, jusqu'à présent, observé plus souvent chez les sujets du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin; dans l'ordre de fréquence comparée, il vient notablement après le lichen ruber de Wilson, mais avant le lichen ruber acuminé vrai et le groupe des affections qui correspondent au terme de « pityriasis rubra ».

Chez les ascendants ainsi que chez les collatéraux des sujets atteints, nulle maladie semblable, aucun état morbide pouvant être supposé pathogène, si ce n'est peut-être le nervosisme; chez les malades eux-mêmes, pas de prédisposition dermatique accusée ; parfois aucune tare constitutionnelle, diathésique ou autre; assez souvent toutefois pour que l'observation ultérieure ait à en tenir compte : « Lymphatisme », scrofulo-tuberculose, « rhumatisme », « état nerveux ».

Communément, c'est sans raison apparente, sans cause connue, directe ou indirecte, que la maladie apparaît; quelquefois le sujet accuse un refroidissement, une émotion, un excès, une époque menstruelle, un accouchement, la présence d'un ténia, etc., l'action d'irritants externes caloriques ou chimiques; ou bien les déterminations premières sont remarquées dans le décours ou à la suite d'affections variées : rougeole « gourmes », « fièvre rhumatismale », pneumonie, colique néphrétique, etc. Les saisons sont sans action, et l'on n'a guère étudié le rôle que peuvent jouer certains agents bromatologiques, médicamenteux ou toxiques; nous aurons à revenir sur ce dernier point, à propos de l'action des médicaments sur l'évolution de la maladie.

Inutile d'ajouter que toutes ces conditions, sans exception, ne sont à considérer que comme occasionnelles, qu'elles ne peuvent être pathogènes que chez les individus prédisposés, et qu'aucune d'elles n'est, à proprement parler, vraiment pathogénétique.

b) *Début, extension, état.* — Très ordinairement, le pityriasis rubra pilaire débute au milieu de la santé générale, sans prodrome remarqué, par une lésion cutanée localisée ou partielle ; quelquefois les premières atteintes s'accusent par un peu de malaise, des picotements, des sensations diverses, prurit, piqûres d'aiguilles, etc., de l'agitation nerveuse, de l'insomnie, etc.; mais tous ces phénomènes, ou d'autres encore, obligent bien rarement le sujet à cesser ses occupations habituelles ou à s'aliter, et leur durée est courte. Quand il se produit quelque trouble plus sensible ou quelque réaction plus accentuée, la cause en paraît surtout résider dans la condition occasionnelle qui semble quelquefois provoquer les premières manifestations de la maladie. Dans les cas où l'on trouve au début un état morbide de quelque importance et de quelque tenue, il est d'ordinaire à rattacher à l'une ou à l'autre des maladies variées, à la suite desquelles je viens de rappeler que l'on avait plusieurs fois noté le commencement des altérations cutanées, sans que l'on puisse dire s'il y a coïncidence simple ou rapport.

Le temps qui s'écoule entre le début réel de la maladie et son début apparent ou le moment de sa constatation est difficile à préciser; je puis

affirmer seulement que cette période initiale, fruste ou latente, n'a rien de fixe et qu'elle peut être fort longue, de quelques jours, quelques semaines, ou même quelques mois.

Mais une fois le mouvement provoqué, peu de semaines suffisent, dans quelques cas, pour étaler les lésions élémentaires sur une assez grande surface, et mettre la maladie en pleine évidence ; on peut voir, par exemple, dans ces délais, le cuir chevelu, la barbe et les sillons narinaires se couvrir d'un duvet squameux adhérent; le front, le col, le haut de la poitrine et des épaules se hérisser d'une infinité de petites aspérités émanant des orifices sébacéo-pilaires marqués par un point noir, rendant la peau rude, sèche au toucher, donnant lieu, au niveau de chaque saillie, à une déhiscence de la couche cornée, tous caractères qui apparaissent évidents au simple coup d'œil et, par contraste, si on examine le malade entièrement déshabillé.

Après ce début, le mouvement peut se continuer et s'étendre à toute la surface du corps; on peut voir les lésions évoluer pour ainsi dire au jour le jour, et l'affection s'étaler à toute la surface du corps en moins de deux mois; mais, dans beaucoup d'autres cas, des temps d'arrêt ou des suspensions définitives se produisent, et la maladie procède selon tous les types imaginables, sans que l'on puisse rien inférer, de l'allure première, à la durée de la période d'état ni au degré ou à l'étendue probables de l'éruption.

Dans beaucoup de cas, il est fort difficile de savoir des malades si les efflorescences ont été *précédées* de troubles de la sensibilité dans les régions atteintes; on peut affirmer, seulement, qu'aux extrémités des membres, il en existe parfois avant le début des lésions, ou en même temps : onychalgie, onglée, hyperesthésie pulpaire rendant pénible ou douloureux le contact, même léger, des objets extérieurs, fourmillements, picotements, sensation de pointes d'aiguille, prurit. Il n'y a rien autre, et la sensibilité, explorée dans tous ses modes, semble normale, directement ou dans les voies réflexes.

C'est, le plus ordinairement, sur des points circonscrits de la peau, et non sur sa totalité, que se manifestent d'abord les lésions caractéristiques; elles peuvent faire leur apparition première partout, mais d'ordinaire sur les parties découvertes, à la face ou aux mains, beaucoup moins souvent au col, au tronc, à l'abdomen, à la surface des membres et sur ces divers territoires eux-mêmes, elles commencent habituellement par se cantonner. A la face, on les voit débuter isolément par le front, les sourcils, la barbe, la moustache surtout, le menton, le pourtour des orifices naturels.

Ce n'est pas tout, les caractères de ces premières manifestations cutanées varient encore selon les points observés : à la face, c'est quelquefois une simple exfoliation farineuse de la région sourcilière, de la moustache ou de la houppe du menton; une rougeur plus ou moins vive de la peau qui peut être, en même temps, raide, tendue, soit sur tout le visage, soit autour des orifices naturels; une desquamation avec rougeur localisée; une furfuration générale fine et peu abondante; une rougeur luisante avec état pityriasique apparaissant promptement, etc. Aux extrémités, c'est une desquamation du lit de l'ongle dont le patient

arrache incessamment des fragments ; une desquamation de la pulpe, avec ou sans rougeur péri-unguéale, la fragilité de l'ongle qui perd sa transparence dans sa portion inférieure, etc. A la paume des mains et à la plante des pieds, c'est une tache rouge, prurigineuse ou non, très rapidement desquamative; une desquamation simple sans rougeur préalable ni prurit, sans caractère propre; une rougeur avec sécheresse de toute la région palmaire de la main, bientôt suivie de fissures, d'exfoliation des callosités, de rhagades; tout à fait exceptionnellement, des saillies miliaires, rouges, papuliformes.

Sur le tronc et sur la surface des membres, où le début réel est très rare, mais où il se fait quelquefois, en même temps que sur les parties découvertes, des ébauches éruptives, c'est tantôt une sécheresse, une rugosité avec fine ponctuation, une desquamation furfuracée, une rougeur farineuse avec desquamation générale assez abondante pour remplir le lit de squamules; des groupes de saillies papuliformes, etc., etc.

Variées dans l'aspect, au point que l'on vient de voir, ces premières lésions, qui sont loin d'être toujours caractéristiques, après avoir progressé sur place selon les modes divers pendant un certain nombre de jours ou de semaines, seront suivies de phénomènes de seconde ligne qui, se développant sur des régions de la peau moins différenciées, vont revêtir les formes typiques et évoluer suivant le mode subaigu, lentement continu, ou interrompu pendant un temps très variable avant de recouvrir de vastes surfaces et de se généraliser.

Mais dès ce second pas, les irrégularités se présentent encore très nombreuses; définitivement ou provisoirement, la maladie peut en rester à sa première ébauche, demeurer fruste ou être abortive, ou ne devenir générale ou très étendue qu'après les pauses, les intervalles et les délais les plus extraordinaires.

Quoi qu'il en soit de ces inégalités ou de ces irrégularités, qu'il me suffit d'avoir indiquées dans leur ensemble, qu'elle ait débuté par la face, ou qu'elle ne s'y soit manifestée qu'après avoir d'abord évolué plus ou moins longtemps sur les mains ou sur quelque autre point, ou bien qu'elle se soit développée en même temps à la face et à une ou plusieurs de ces autres régions, l'éruption, quand elle est entrée dans la phase de généralisation, procède d'ordinaire en s'étalant, moins souvent en foyers très éloignés, mais elle suit typiquement la marche de haut en bas.

C'est à cette seconde phase, phase d'extension, que le pityriasis rubra pilaire prend ses caractères définitifs, et que ses lésions deviennent assez précises pour ne plus prêter à aucune ambiguïté, non pas que, pour un observateur dûment informé, les altérations de la première heure soient toujours inappréciables, mais parce que ces altérations peuvent demeurer assez frustes pour qu'il soit impossible de considérer leur interprétation comme accessible à l'observation commune.

A cette période typique elle-même, il faut le dire, les éléments éruptifs peuvent apparaître sous des aspects si divers, selon les différents points du corps, et, en outre, sur une même surface, subir des modifications si variées et se transfigurer d'une manière si complète, que,

pour être complet, il faudrait une description régionale. — Voyez *Mémoire cité.*

e) *Altération des ongles.* — Régulièrement, dans le pityriasis rubra pilaire, les ongles sont altérés depuis un faible degré jusqu'au trouble nutritif le plus profond, souvent dès le début et avant toute autre manifestation, ou en même temps que les premières; mais quelquefois leurs lésions ne se produisent que lorsque la maladie a déjà duré de longs mois, alors même que, sur d'autres points, elle est en régression curative; enfin, elles peuvent être faibles ou nulles, exceptionnellement, c'est-à-dire qu'on retrouve, sur ce petit territoire différencié, la série entière des inégalités évolutives propres à cette maladie, inégalités qu'il est nécessaire de savoir pour interpréter judicieusement les cas particuliers.

Cela dit, et malgré toutes ces inégalités, les altérations unguéales dans le pityriasis rubra pilaire sont importantes nosographiquement et sous le rapport nosologique : l'ongle croît vite et par séries inégales que l'on retrouve inscrites sur sa face dorsale en rides, sillons ou vallonnements transverses; quelquefois ses plans se dévient selon les divers diamètres et constituent des déformations variées ; sa surface se marque de saillies longitudinales simples ou ponctuées, et il perd partiellement sa transparence. Mais, choses plus caractéristiques, régulièrement dans sa moitié ou dans son tiers inférieurs il s'épaissit, change de consistance, prend l'aspect du tissu « moelle de jonc », est rejeté en arrière par l'hyperplasie du lit qui se tuméfie, devient visible, faisant au-dessus et en arrière de la pulpe un bourrelet exfoliant dont le dos est indistinct de la face adhérente de la lame cornée ; tout cela avec l'intégrité typique de la région matriciale, sans décollement ni chute.

Très légères chez quelques sujets, ces altérations de nutrition de la partie inférieure de l'ongle prennent chez d'autres les plus larges proportions; chez tous, elles se manifestent par de l'hyperesthésie au contact des objets extérieurs ; chez quelques-uns, elles donnent lieu à de vives douleurs et constituent, soit aux mains, soit aux pieds, un des symptômes les plus pénibles et les plus longuement accusés de la maladie.

f) *État général, troubles de la sensibilité, marche, durée, récidives, terminaison.* — Même dans les cas les plus intenses et les plus prolongés, l'état général ne présente *jamais* d'altération grave, et quelques sujets parcourent toutes les phases de la maladie sans que ce que l'on appelle vulgairement « la santé » subisse aucune atteinte. Les fonctions digestives s'exécutent normalement; la menstruation se fait et se continue avec régularité; les grossesses et les accouchements ne subissent aucune influence fâcheuse; jamais je n'ai trouvé d'anémie accentuée, de troubles et encore moins de lésion du cœur ni des reins ; la fonction urinaire, dans ses caractères apparents, existe normalement et les articulations ne présentent aucune altération, à aucune période.

Souvent on constate une diminution graduelle du tissu adipeux hypodermique, laquelle, d'ailleurs, cesse dans les intervalles des crises, où

les sujets reprennent tous les attributs de la santé, y compris l'adiposité normale.

Au premier début, ou aux rechutes, on peut retrouver la suite, soit d'un état pathologique préexistant, soit quelque symptôme de réaction fébrile éphémère lié à l'action d'une cause morbide occasionnelle, en relation avec laquelle la maladie a paru ou reparu, fièvre de quelques jours, diarrhée, inappétence, malaises divers.

Chez un certain nombre de malades, à la période de rougeur pityriasique, on constate une hyperthermie réelle, superficielle ou centrale, manifeste surtout vers le soir, époque habituelle à laquelle sont signalés les malaises principaux dans les cas où l'affection n'est pas indolente. Une sensibilité particulière au froid, des frissons erratiques, spontanés ou à la moindre agitation de l'air; de l'irritabilité nerveuse, de l'inquiétude, de la mobilité; quelques troubles digestifs éventuels. Mais ces malades sont bien rarement alités, même passagèrement.

A la peau, sensations de contact, de température, de douleur, etc., physiologiques ou peu modifiées. Quelques malades ne se plaignent de rien, d'autres accusent un prurit variable, au moment des poussées, sous l'action de la chaleur ou du froid, au réveil, à l'occasion d'un changement de temps, d'un orage, d'une émotion, d'un repas, d'une époque mensuelle, au contact des vêtements de laine, etc., etc.; en somme, démangeaisons modérées, quelquefois localisées aux organes génitaux, à l'abdomen, au dos, etc., intermittentes et rémittentes. Quelques-uns, cependant, ont un prurit réel, assez actif pour être pénible, pour troubler le sommeil et provoquer le grattage avec excoriations significatives; ou bien des sensations variées et plus ou moins imagées de pointes d'aiguille, de picotements, spontanément ou à la pression, de brûlure, ou même de chaleur brûlante sur la totalité ou sur une partie des téguments envahis.

La marche du pityriasis rubra pilaire est subaiguë, lente, ou chronique, avec la plus extrême variabilité dans les types, avec un imprévu constant. Mais si la période de début et d'extension est quelquefois courte et rapide relativement, il est rare que la période d'état ne soit pas longue, non parce que les lésions produites réclament un temps très long pour être réparées, mais parce que rien n'égale la torpidité, la lenteur, l'immobilité prolongée de cette affection comme de toutes celles qui avoisinent son type anatomique; souvent les mois s'accumulent, n'amenant que des changements insignifiants, des variétés dans le degré. Quand un processus de cette nature tourne court après un délai assez rapide, ce n'est d'ordinaire qu'une rémission; et les guérisons temporaires les plus longues ne sont pas attachées aux crises les plus courtes. Des années entières se passent ainsi pour quelques malades avec des intermissions imparfaites et, quelquefois, avec de simples rémissions.

Bien qu'une symétrie à peu près constante préside à la distribution des lésions et que la marche de haut en bas soit de règle, on peut relever de nombreuses exceptions ; tandis que, d'autre part, la maladie peut être en rétrocession sur un point alors qu'elle évolue à l'état sur un autre, ou même ébauche de nouvelles localisations. — Enfin, ce ne

sont pas les parties envahies les premières qui guérissent régulièrement d'abord ; la face et les extrémités conservent, au contraire, souvent des vestiges, des lésions, alors que le tronc a repris son intégrité, laquelle peut se récupérer lentement, ou, au contraire, dans le délai relativement très court de quelques semaines.

Considérée non plus dans l'éruption proprement dite, mais dans la maladie, la durée du pityriasis rubra pilaire est indéfinie ; la récidive est si habituelle, elle fait tellement partie intégrante de la maladie, qu'il ne peut être question, quand on parle de guérison, que de la cessation d'une des manifestations; non pas que l'on puisse affirmer que cette récidive est fatale, mais parce que son éventualité reste toujours ouverte.

Envisagées en elles-mêmes, les crises sont le plus habituellement de longue durée; il est tout à fait rare qu'elles soient terminées en quelques semaines; la plupart durent plusieurs mois, un an et plus; quelques-unes durent deux ans, trois ans, six et neuf ans, non pas d'une tenue absolument seule, mais avec des rémissions incomplètes qui ne permettent pas de prononcer le mot de guérison; j'ai perdu de vue après ces délais des malades qui les ont, sans doute, dépassés, et, en dernière analyse, l'affection peut demeurer indéfiniment à l'état immobile en s'abâtardissant et en prenant les caractères de dermatite exfoliante vague, cachectique, répondant aux « herpétides exfoliatrices » de Bazin, envisagées comme dermatoses mortes, formant l'aboutissant commun, ou la période ultime de maladies cutanées diverses dont la permanence et l'incurabilité sont devenues absolues.

L'ordre dans lequel se font les atteintes successives ou récidives, la durée des intervalles qui les séparent, échappent, comme beaucoup d'autres points, dans cette maladie, à toute catégorisation régulière, de même que l'échelle de leur gravité relative et de leur fréquence. Quelquefois ces récidives sont très répétées et rapprochées, très nombreuses; d'autres fois, très rares et très éloignées l'une de l'autre.

En fait, la récidive du pityriasis rubra pilaire est fréquente, mais avec cette atténuation que l'intermission, ou la période de guérison, peut être fort longue. Il est impossible de prédire si les crises ultérieures seront plus fortes ou plus faibles, mais on peut assurer qu'elles sont assez souvent plus fortes, et que la maladie peut s'établir à l'état permanent.

Jamais une seule fois, dans aucun cas connu, le pityriasis rubra pilaire, aussi intense ou aussi prolongé qu'il puisse être, traité ou non, n'a compromis l'existence. Sa gravité, cependant trop réelle, et variable dans une échelle très étendue selon les cas, réside dans la durée des crises, qui est toujours longue, et parfois indéfinie; dans le siège des manifestations les plus précoces et les plus prolongées sur les parties découvertes; dans l'éventualité toujours ouverte des récidives ou des rechutes à brève ou à longue échéance, dans la possibilité de son installation à l'état permanent et, enfin, dans l'insuffisance toujours relative, quelquefois absolue, des agents de la thérapeutique. Bœck a eu raison de dire que le *pronostic* du pityriasis rubra pilaire doit toujours être *réservé*.

Différenciation anatomique et différenciation clinique. — Anatomiquement et cliniquement, le pityriasis rubra pilaire constitue une affection distincte, voisine du psoriasis, mais très nettement individualisée.

a) *Différenciation anatomique.* — La localisation initiale et le processus parakératosique sont tout à fait propres au pityriasis et le distinguent déjà *ipso facto* des autres troubles de kératinisation, en même temps que la déviation nutritive, localisée dans l'épiderme, établit la distinction d'avec toutes les affections qui dérivent d'altérations primitives du chorion. Dans le pityriasis rubra pilaire, en effet, la déviation, limitée d'abord au revêtement épithélial, apparaît dans le réseau, émanant de la paroi du canal folliculaire de la couche épithéliale du lit unguéal qui le représente et qui sépare l'ongle du derme sous-unguéal, de la couche de cellules sébacées stéatogènes; puis se généralise à tout le réseau, produisant les altérations de la kératinisation elles-mêmes, les hyperkératoses, hyperstéatoses et kératolyses, ainsi que les mues épithélio-sébacées. Lorsque la tuméfaction du réseau et l'hyperkératose ont acquis un certain degré, des troubles hyperhémiques apparaissent dans le réseau papillaire du derme : œdématie des papilles; foyers d'irritation exsudative dans les couches superficielles du chorion; jamais il n'y a, à proprement parler, de dermite ni de folliculite; nous n'avons pas une seule fois noté la moindre exsudation ou le plus petit nodus furonculeux; les applications externes les plus énergiques sont tolérées par la peau; le processus dermique n'a rien d'exsudatif, d'inflammatoire, de néoplasique; les adénopathies sont indolentes et aphlegmasiques.

Cet énoncé sommaire du siège anatomique et du mode évolutif des altérations élémentaires du pityriasis rubra pilaire suffit pour le différencier d'emblée, au point de vue de l'espèce nosologique, des affections qui correspondent aux types divers des dermites ou dermatites exfoliantes désignées par les mots de pityriasis rubra, et des dermites aiguës généralisées primitives ou des dermatites exfoliatrices, toutes affections dans lesquelles les altérations de l'épiderme sont secondaires et consécutives à des troubles de circulation ou de nutrition du derme, qui les règlent et les gouvernent.

Pour les mêmes raisons sont séparées du pityriasis rubra pilaire toutes les affections qui méritent véritablement le nom de *lichen* et dans lesquelles le trouble de la fonction cornée ou épidermique est matériellement lié à l'irritation et à l'infiltration néoplasique du derme papillaire, sous-papillaire et périglandulaire (lichen des scrofuleux, lichen de Wilson, lichen ruber acuminé et la série entière des affections irritatives et exsudatives lichénoïdes appelées lichen par les auteurs anciens et par quelques modernes).

Dans cette exclusion est compris le « lichen pilaire » des auteurs, lequel ne saurait plus avoir aujourd'hui, en dermatologie, son acception ancienne; c'est avec grande raison que Bœck (*loc. cit.*) a fait observer que le *cône corné* du pityriasis pilaire n'était pas comparable à la *papule* du lichen pilaire vrai, et que les objections faites autrefois à Devergie par Bazin et par Cazenave ne sont plus valables aujourd'hui : « Si, ajoute-t-il, dans quelques ouvrages parus récemment, on a consi-

déré comme synonymes les termes de « lichen pilaire » et de « pityriasis pilaire », c'est qu'on ignorait cette dernière affection. »

La question n'est plus aussi simple, on le conçoit, quand il s'agit de séparer le pityriasis rubra pilaire, *au point de vue anatomique pur*, des autres épidermidoses, telles que le psoriasis et l'ichthyose, surtout dans l'état actuel, encore très imparfait, de l'étude histogénétique de ces deux affections.

Pour le psoriasis, même en négligeant la question controversée de la valeur distinctive des différences élémentaires elles-mêmes, telles, par exemple, que l'absence de la couche granuleuse et la nucléation corrélative de la couche cornée, qui appartiendraient surtout au psoriasis (Suchard), la *localisation* si précise et si typique de l'hyperkératose au système folliculaire distingue radicalement le pityriasis pilaire du psoriasis.

En ce qui concerne l'ichthyose, même en laissant de côté son origine dans la constitution même de l'individu, et son immobilité évolutive, peut-on ne pas constater que les altérations du réseau y sont presque nulles et qu'il n'y a, à aucune période, dans le derme, de lésion irritative ; peut-on enfin ne pas tenir compte de ce fait, relevé par plusieurs observateurs, que la surface de l'épiderme est trop vaste pour le derme qu'elle a à recouvrir, et que le corps papillaire semble obligé de se plisser pour la recevoir.

b) *Différenciation clinique.* — Dans les cas réguliers et complets observés à une époque déjà avancée du processus, le pityriasis rubra pilaire réunit un ensemble de caractères propres qui l'individualisent au plus haut degré comme type morbide, et qui ne permettraient à aucun observateur informé de le méconnaître, alors même qu'il le rencontrerait pour la première fois.

L'enveloppement épais, gras et pityriasique du cuir chevelu, la rougeur desquamative de la face avec tension de la peau et ectropion léger, ou son ensevelissement uniforme sous une couche plâtreuse sèche et adhérente, les saillies ponctuées xérodermiques blanches, grises ou rouges, squameuses, centrées par les poils et manifestes sur le dos des phalanges comme lieu d'élection, les lésions exfoliantes symétriques des faces palmaires et plantaires, les altérations en moelle de jonc du segment inférieur des ongles et du lit unguéal, la rougeur pityriasique avec exagération élégante et fine des plis superficiels de la peau, la marche subaiguë, lente ou chronique, l'absence de phénomènes généraux graves, etc., etc., font de cette affection, ainsi développée, l'une des plus aisées à reconnaître et des plus caractéristiques.

De même encore dans les cas moins avancés ou moins complets, la réunion de deux ou de plusieurs phénomènes qui sont propres au pityriasis pilaire, par exemple les groupes pilaires du dos des phalanges, la desquamation spéciale du cuir chevelu, ou de la face, les lésions unguéales, la desquamation localisée des faces palmaires et plantaires, etc., individualisent encore à ce point la maladie que l'apprentissage de son diagnostic est des plus courts et des plus aisés.

Mais si le diagnostic de présomption et de probabilité peut être

établi à l'aide de chacun des éléments dermatographiques pris isolément, le diagnostic ferme, vrai, ne peut et ne doit être porté que sur l'ensemble réuni, et interprété, des caractères constatés de leur évolution, et de leurs rapports hiérarchiques. Nous n'exceptons rien de cette règle, ni les groupes pilaires du dos des phalanges, ni les altérations unguéales et sous-unguéales, ni les plaques granitées, ni les altérations palmaires et plantaires, ni la rougeur ansérine, ou lisse et alignée, avec la desquamation pityriasique, etc., etc.

Pour le *grain pilaire*, non seulement la localisation pilaire de l'ichthyose, la xérodermie de la puberté simple ou érythémateuse, quelques kératofolliculites mal déterminées et réunies sous le vocable de « lichen pilaire », mais encore plusieurs érythrodermies, ou plusieurs kératoses, peuvent le produire ou le simuler. Tels le « lichen ruber acuminé » vrai, les éruptions aiguës et ansérines du *premier* début dans le lichen de Wilson; le psoriasis localisé aux follicules ou compliqué de folliculites médicamenteuses, la série entière, enfin, du « pityriasis rubra » pris dans sa plus large acception et des dermatites ou dermites exfoliantes à une certaine période de leur évolution. Enfin, dans le pityriasis rubra pilaire, le granité manifeste manque toujours, ou ordinairement, en certaines régions ; il peut avoir été remplacé par l'infiltration rouge pityriasique, être absent à une période déterminée ; et même, dans des cas très caractérisés, il peut faire défaut ou n'être que très douteux au lieu d'élection par excellence, au dos des phalanges. Ce sont là des difficultés de l'ordre de celles que le dermatologiste rencontre à chaque pas, mais qu'il est en mesure de surmonter s'il est pourvu d'une expérience suffisante, et, à défaut, d'une bonne méthode dermatologique.

De même pour les *altérations unguéales* de la partie inférieure et du lit de l'ongle, elles peuvent, dans le pityriasis le plus accentué, faire défaut, être très légères; et on peut les rencontrer, au contraire, plus ou moins accentuées, dans d'autres états pathologiques, le psoriasis, les mélanodermies cachectiques, etc. ; cela n'empêche pas que la différenciation puisse être faite par la coexistence des autres caractères du pityriasis rubra pilaire, ou par la présence des signes propres aux autres affections dans lesquelles la lésion unguéale peut être aussi rencontrée.

Les *plaques granitées* typiques ne peuvent être confondues avec rien d'autre; mais ces plaques, qu'elles existent aux sommets articulaires ou sur d'autres points, peuvent être déformées, devenir psoriasiformes ou même lichénoïdes ou eczématiformes. Et, d'autre part, le psoriasis peut accidentellement, accessoirement, se localiser aux groupes pilaires du dos des phalanges, ou même, surtout au dos des mains, prendre un aspect papilliforme, granité, plâtreux, de nature à en imposer, un moment, pour des altérations vraiment du type du pityriasis rubra pilaire. S'il arrive, enfin, que l'on observe les plaques *naissantes*, le granité peut y être si léger que leur valeur diagnostique directe ne soit pas encore suffisante.

Les *altérations palmaires et plantaires* exfoliantes, fissurées, si caractéristiques dans leur ensemble, peuvent cependant être produites ou

simulées par diverses variétés de dermites palmaires fissuraires, de même que les cas moins prononcés, dans lesquels il y a hyperkératose simple, peuvent être bien voisins de la « main ichthyosique »; mais dans aucune affection, ces altérations n'ont la chronologie, la ténacité, l'uniformité et l'indolence relative qui appartiennent au pityriasis folliculaire; elles n'ont pas, d'autre part, la pérennité immuable de la main ichthyosique. Abstraction faite de leurs caractères propres, leur apparition précoce, leur coexistence avec les altérations pityriasiques de la face ou du cuir chevelu, leur symétrie, leur extension aux extrémités supérieures et inférieures, etc., en un mot, leur association interprétée leur restituent toute leur valeur pathognomonique; et, dans le cas d'isolement, leur signification d'élément de première ligne peut être au moins soupçonnée, et doit être discutée.

Il n'est pas jusqu'à la *rougeur pityriasique* avec exagération des lignes mosaïques de la peau et des plis alignés qui ne puisse être observée dans quelques autres érythrodermies, dermatites exfoliantes frustes du type de l'eczéma rubrum généralisé encore mal déterminées, dermatites du type pityriasis rubra considéré dans son acception entière, peut-être quelques types de lymphodermie, le psoriasis rubra généralisé, etc. ; c'est, ici, affaire à l'analyse clinique attentive, qui doit faire le départ des discordances, et grouper, au contraire, les éléments de l'éruption, de sa chronologie, de sa marche, de ses localisations, des conditions antécédentes, etc., etc., pour arriver à une conclusion diagnostique.

Enfin, le pityriasis rubra pilaire ne fait pas exception à la règle si constante en dermatologie, et comprend, sur ses limites, quelques cas ambigus, discutables ou assez frustes pour ne pas pouvoir être toujours d'emblée ou extemporanément déterminé; c'est là une véritable banalité exprimée seulement pour aller au-devant de quelques objections dont cette banalité même ne suffit pas à préserver les observateurs.

Cet exposé de principes et de faits, dans lequel nous avons exagéré à dessein toutes les difficultés cliniques, nous dispensera d'infliger au lecteur un exposé indéfiniment prolongé du diagnostic différentiel selon le mode habituel qui veut que l'on passe en revue toute la pathologie cutanée à l'occasion de chaque dermatose; nous ne lui présenterons pas davantage un tableau synoptique des caractères pathognomoniques propres aux affections voisines. Il nous suffira de prendre pour type des différenciations cliniques quelques affections dont on peut sérieusement débattre les analogies et les différences, l'ichthyose, la xérodermie pilaire ichthyosique ou ichthyosioïde, simple ou érythémateuse, le lichen ruber, le « pityriasis rubra », le psoriasis.

a) *Ichthyose.* — Bien que quelques dermatologistes aient voulu, systématiquement, voir dans le pityriasis pilaire une simple variété d'ichthyose, et que la localisation pilaire de cette malformation progressive, mais congénitale, constitutionnelle, affecte de très réelles affinités avec certains éléments du pityriasis pilaire, tels que l'hyperkératose palmaire, l'état ansérin de la peau, sa rugosité et sa sécheresse, il n'y a, en principe, aucune confusion à faire entre les deux états pathologiques, puisque, dans le pityriasis pilaire, il s'agit d'une maladie dans laquelle

l'hérédité ne semble pas exister, qui peut débuter à tous les âges de la vie, frappe à l'excès des régions que l'ichthyose respecte régulièrement, les plis articulaires, le cuir chevelu, la face et le col; qu'elle comprend dans ses symptômes essentiels une rougeur caractéristique procédant selon un mode spécial, des altérations unguéales que l'ichthyose vraie ne saurait produire pas plus que les lésions exfoliantes des faces palmaires et plantaires; enfin qu'elle a des périodes de guérison inconnues dans l'ichthyose. Ce serait abuser que d'insister.

J'ajouterai seulement que la peau ichthyosique peut devenir le siège d'érythrodermies diverses de toute nature, dont il faut savoir faire la distinction par la réunion des caractères propres à chacune d'elles; le pityriasis rubra et la dermatite exfoliatrice survenant chez de tels sujets affecteraient évidemment, à une certaine période, l'aspect du pityriasis rubra pilaire si la localisation de l'ichthyose était franchement pilaire. De plus, certaines *ichthyoses irritables*, dans lesquelles la peau ne tolère aucun topique, simulent de très près le pityriasis rubra pilaire sur le tronc et sur les membres, pendant la période érythrodermique; mais, *même au seul titre objectif*, ces cas se reconnaissent par l'absence *réunie* des altérations de la face, du cuir chevelu, du dos des phalanges, des ongles, etc.

b) *Xérodermies pilaires*. — Il n'y a guère plus de difficulté à éliminer la xérodermie pilaire érythémateuse (*Folliculitis rubra de* Wilson) ou la xérodermie ichthyosique commune — Voyez L. Brocq. Lichen pilaire ou xérodermie pilaire symétrique de la face; réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis, *in Ann. de Dermatologie*, 2e série, t. X, et E. Besnier, Xérodermie pilaire érythémateuse, *ibid.* — dont le *début* est de la seconde enfance, qui n'évolue que dans des proportions restreintes, sur des territoires déterminés, et qui manque de toutes les altérations palmaires, plantaires, unguéales, etc., du pityriasis rubra pilaire. En admettant que la comparaison ait à s'établir entre un cas excessif de xérodermie pilaire et un exemple fruste ou abortif de pityriasis pilaire, l'ancienneté de la lésion, si le sujet est déjà arrivé à la jeunesse ou à l'âge mûr, l'observation de quelques semaines, si le sujet est à l'âge de la puberté, suffisent pour trancher cette difficulté, que je n'ai jamais rencontrée, et qu'un examen attentif de la totalité de la surface du corps permettra toujours, probablement, de résoudre extemporanément.

Le diagnostic peut être momentanément un peu plus difficile à l'égard des irritations folliculaires ansérines qui se produisent quelquefois dans le décours d'autres érythrodermies, telles que le pityriasis rubra, l'hydrargyrie, les dermites secondaires à l'eczéma ou au psoriasis, ou les mêmes états provoqués artificiellement par irritation médicamenteuse directe ou par toxidermie par voie interne chez des sujets à intolérance cutanée, et atteints des affections les plus diverses : eczéma, psoriasis, pityriasis rosé, etc. L'analyse clinique attentive, tenant compte de l'évolution et des caractères entiers de l'état morbide, permettra d'établir le diagnostic ou de le rectifier rapidement.

c) *Pityriasis rubra*. — Malgré la synonymie partielle, et bien que, dans les périodes avancées du pityriasis rubra pilaire généralisé, on

puisse, un instant, avoir l'idée qu'il s'agit d'un *pityriasis rubra proprement dit*, nulle analogie clinique véritable n'associe la première de ces affections, le pityriasis pilaire de Devergie, au pityriasis rubra de Rayer, Devergie, Hebra; la première, radicalement bénigne, rémittente, récidivante, pourvue d'un luxe de lésions élémentaires typiques, débutant par les extrémités, etc., etc.; la seconde, le plus habituellement pernicieuse, ne revenant jamais en arrière, caractérisée surtout négativement, et par élimination des autres érythrodermies connues, n'ayant ni les localisations folliculaires, ni les lésions unguéales, ni même les lésions palmaires et plantaires du même type, et n'ayant véritablement à être différenciée que des dermatites exfoliatrices de tout ordre et des formes érythrodermiques du psoriasis, de l'eczéma, de la lymphodermie ou du lichen ruber.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui, surtout après la thèse de Brocq, de discuter l'opinion de Tilbury Fox, qui, ayant bien reconnu que le « prétendu pityriasis capitis et le prétendu psoriasis palmaire », précurseurs du pityriasis pilaire pour Devergie, ne pouvaient être autre chose que les éléments du même ordre que les autres, ne les considère cependant pas comme formant, par leur réunion, un type morbide, une affection individualisée, mais « suppose » qu'ils sont, *tous*, « les restes d'une attaque antérieure du pityriasis rubra », une phase ou un accident de cette maladie. C'est ce même paradoxe qu'a émis, sous une autre forme, Allan Jamieson (congrès de 1889), en disant que, pour lui, le pityriasis rubra pilaire n'était que la localisation dans le système pilaire de maladies différentes.

Quant aux formes bénignes du pityriasis rubra (type nouveau) et aux périodes précoces de la même maladie (type ancien), dans lequel les lésions sont encore localisées et l'état général intact, il paraît certain qu'elles ont pu être confondues avec les formes localisées ou généralisées du pityriasis rubra pilaire à toutes les périodes, et dans tous les pays où le terme du pityriasis rubra est appliqué aux érythrodermies les plus diverses. Il suffit pour cela d'être averti et informé.

d) *Lichen ruber*. — Tout d'abord, le lichen de Wilson : S'il a pu exister quelque obscurité à l'époque où Jonathan Hutchinson décrivait le « lichen psoriasis » (Voyez plus haut, p. 264, 265, et Brocq, thèse citée, p. 51, 52, et Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra, *Arch. gén. de méd.*, 1884), il n'y a vraiment, aujourd'hui, pas lieu de discuter la différenciation clinique entre ce que tout le monde actuellement connaît sous le nom de « lichen plan », lichen de Wilson, et le pityriasis rubra pilaire. Même dans un fait où le pityriasis aurait quelques points folliculaires plans, ombiliqués, luisants, et le lichen quelques éléments acuminés, des îlots de rougeur pityriasique ou même de larges nappes diffuses, il ne faudrait pas être bien grand clerc en dermatologie pour reconnaître qu'il n'y a rien à comparer, ni dans le mode de début, ni dans les localisations qui sont inverses dans les grandes lignes, ni dans la prédominance de l'élément cutané typique ; et, pour savoir qu'on ne trouvera pas dans le lichen de Wilson les lésions dorsales, palmaires, unguéales qui appartiennent au pityriasis rubra pilaire, pas plus que les altérations de la face et du cuir chevelu, et qu'on ne verra jamais

dans le pityriasis les papules vraies vernissées, polygonales, les disques pigmentés, déprimés en assiette avec leur collier de perles lichéniennes, ni des éléments hyperkératosés en masses du lichen obtus, du lichen corné, etc., ni les lésions buccales ou linguales, etc., etc.

En ce qui concerne le *lichen ruber acuminé*, il faut distinguer : 1° Les *éléments acuminés du début du lichen de* Wilson, ou ceux qu'on trouve à la périphérie des grandes plaques pityriasiformes du tronc, des flancs, qui lui appartiennent et dont aucune contestation ne peut empêcher la réalité flagrante. Assurément ils peuvent, un moment, simuler la xérodermie du pityriasis rubra pilaire, être étendus sur d'assez grandes surfaces, surtout si la peau a été irritée par des applications externes; mais, à moins de vouloir fermer les yeux sur tous les autres caractères, sur les éléments si nets que l'on retrouve à l'avant-bras, aux lombes, aux membres inférieurs, etc., nulle difficulté réelle ne peut exister.

2° *Lichen ruber acuminé des auteurs américains.* — Ici se présente une situation assez imprévue et assez peu commune; non seulement il n'y a aucun moyen de distinguer de notre pityriasis rubra pilaire le « lichen ruber acuminé » des auteurs américains, mais encore c'est, avec la plus entière évidence, la même affection que nos savants confrères d'Amérique et nous décrivons sous des noms différents, point sur lequel je me suis déjà expliqué plus haut, et sur lequel je vais encore revenir dans un instant. Je n'ai rien à ajouter, en ce moment, à ce qui a été dit récemment à ce sujet de la façon la plus magistrale, en même temps que la plus sobre, par mon savant collègue et ami, M. Brocq, sur l'identité du lichen ruber des Américains et de notre pityriasis rubra pilaire.

3° Le *lichen ruber pur*, type Hebra. — Cette maladie pernicieuse est devenue si rare, même à Vienne, que je n'ai vraiment pas à en faire la distinction d'avec l'affection tout à fait bénigne, au point de vue de l'existence, qui répond à la dénomination de pityriasis rubra pilaire.

Quant au lichen ruber « *acuminé* » de Kaposi, lequel se confond avec le lichen ruber de Hebra, l'auteur reconnaît lui-même que l'objectivité l'identifie avec notre pityriasis rubra pilaire, et il ne fait d'autre réserve que de remettre son avis définitif à l'examen d'un cas *sur le vif*.

L'opinion presque unanime, sur ce point, des dermatologistes est conforme à celle que nous avons formulée ; elle a été éloquemment et à profusion exprimée au congrès de dermatologie de 1889. Cæsar Bœck, en particulier, après Hans Hebra, etc., a résumé les caractères cliniques et histologiques qui rendent toute confusion impossible.

Hans Hebra : « Je crois, contrairement à M. Kaposi, à la non-identité du lichen ruber acuminatus et du pityriasis rubra pilaris. Je me fonde sur la différence de gravité des deux affections; les quatorze malades de Hebra sont morts, Kaposi en a perdu deux; le pityriasis rubra pilaire, tout au contraire, est une maladie bénigne. D'ailleurs, les symptômes et l'anatomie pathologique diffèrent; dans le lichen ruber, l'élément morbide atteint primitivement le cho-

rion; dans le pityriasis pilaire, l'épiderme est atteint en premier lieu; la première de ces maladies procède de dedans en dehors; la seconde de dehors en dedans. Je suis donc surpris qu'on les puisse confondre, d'autant que leur évolution est loin d'être la même; elle est beaucoup plus lente dans le lichen ruber. »

C. Bœck : « Je crois également à la distinction des deux maladies; il est des points de la symptomatologie du pityriasis pilaire incompatibles avec celle du lichen ruber : les grands lacs *rouges*, *lisses*, *souples;* la couleur *rouge clair;* l'aspect *argenté;* les grands *lambeaux cohérents et mous* qu'on obtient par le grattage, tout cela appartient en propre au pityriasis pilaire. En outre, les éminences épidermiques de cette maladie restent *pâles* et *blanches* pendant fort longtemps, et je m'explique difficilement que Hebra ait pu, sur cet aspect, employer le nom de lichen *ruber*. »

4° Le *lichen ruber acuminé du type nouveau* du savant dermatographe de Hambourg : à aucun titre il n'y a lieu de le comparer au pityriasis pilaire de Devergie et de Richaud, ni à notre pityriasis rubra pilaire.

e) *Psoriasis.* — C'est certainement avec le psoriasis que le pityriasis rubra pilaire présente les analogies cliniques les plus étroites; c'est avec cette affection qu'il a été le plus souvent confondu, systématiquement ou non; et cela non pas parce que le psoriasis se présente, en réalité, véritablement quelquefois sous l'aspect d'un pityriasis pilaire typique; nous ne l'avons jamais vu, et nous n'avons pas pu en trouver d'observation, publiée ou non, mais parce que le pityriasis pilaire compte parmi ses éléments éruptifs plusieurs types psoriasiformes.

Dans l'exposé des lésions élémentaires, aussi bien que dans les descriptions régionales, nous avons pris soin de déclarer que les aspérités kératosiques des orifices foliculaires ressemblaient, parfois jusqu'à la presque similitude, aux points initiaux du psoriasis; que les plaques granitées des membres ou du tronc, celles des sommets articulaires en particulier, étaient parfois tout à fait semblables à celles du psoriasis de ces régions : nous ajouterons que, chez un sujet atteint de psoriasis rubra généralisé, les plis de direction de la peau se montrent comparables à ceux de la période avancée du pityriasis rubra pilaire; que, dans quelques cas, les localisations pilaires du psoriasis peuvent avoisiner le type du pityriasis pilaire; que les lésions unguéales qui, dans le psoriasis sont très variées et revêtent presque tous les types connus de dysonychose, peuvent exceptionnellement se rapprocher de celles qui appartiennent au pityriasis pilaire, et je ne dissimulerai pas que, dans des circonstances fort rares, mais que l'on peut rencontrer, le psoriasis le plus authentique peut donner lieu à des exfoliations fissuraires généralisées à toute la paume de la main, envahissant même, aux extrémités des doigts, toute la surface péri-unguéale.

Mais le cône corné du pityriasis, enfoncé par son segment inférieur dans l'infundibulum folliculaire, quand par hasard il ressemble à un point psoriasique, ne s'exfolie pas de la même manière, et peut toujours être distingué à un examen histologique facile (voyez les dessins remarquables de Bœck), et il est rare qu'il saigne à l'avulsion. — Si les plaques granitées frustes du pityriasis existent comme seul élément cutané au moment de l'observation, il est certain que leur différenciation

extemporanée pourrait être malaisée, mais cela se rencontre peu, et d'autres altérations, sur les mêmes points du corps ou sur d'autres, tranchent la difficulté.

Voilà un psoriasique rouge des pieds à la tête avec les plis et la peau exagérés et simulant plus ou moins le plissé pityriasique, mais la face chez lui est intacte, et s'il y a dans le cuir chevelu des altérations, ce n'est pas l'encroûtement pityriasique, ce sont les disques montagneux de psoriasis aisés à reconnaître.

Quand le psoriasis occupe les régions pilaires, il est tout à fait rare qu'il y imite le granité caractéristique; si cela arrive, il suffit d'en savoir la possibilité pour en faire l'interprétation, car ce n'est jamais qu'à titre partiel et comme exception. Mêmes réflexions pour les lésions unguéales et pour les autres.

Enfin, jamais on ne voit de transmutation du psoriasis avec le pityriasis pilaire, ni inversement; quelque nombreuses que soient les récidives chez un même sujet, elles restent invariablement du type pityriasique; et l'hérédité si ordinaire dans le psoriasis manque dans le pityriasis.

Nature et pathogénie. — Nomenclature. — Le pityriasis rubra pilaire appartient à la classe des déviations trophiques du système épidermique (dysépidermotrophies); sa place est immédiatement à côté du psoriasis, avec lequel il a les plus étroites affinités, mais dont il doit être distingué nosologiquement aussi bien que nosographiquement.

Sa nature intime et sa pathogénie sont aussi profondément obscures que celles du psoriasis ou de l'ichthyose.

Assurément, on peut supposer que ces déviations du processus normal de kératinisation ou de stéatisation de l'épiderme, qui se traduisent par des hyperkératoses diverses, par des exfoliations cornées et des mues épithélio-sébacées — que nous considérons comme *primitives*, c'est-à-dire comme n'étant pas produites par des altérations préalables du chorion — sont réglées par des perturbations nerveuses des centres épidermotrophiques (s'il en existe), ou bien se rattachent à des lésions physiques ou fonctionnelles, irritatives, des terminaisons nerveuses fibrillaires intra-épidermiques découvertes par LANGERHANS. Mais cette supposition est toute platonique; elle n'apporterait de secours ferme à la conception de la maladie que si elle pouvait être basée sur des recherches que l'histologie pathologique n'est pas encore en mesure de réaliser.

Un agent toxique inorganique ou organique, d'origine autochtone ou de source extérieure, pourrait-il agir sur les centres, ou sur les nerfs épidermiques, ou directement par voie éliminatoire intercellulaire sur les éléments anatomiques eux-mêmes? C'est là encore une question sans solution actuelle.

Enfin, ce ne serait être ni de son époque, ni de son temps, que d'omettre de supposer qu'un agent parasitaire venu du dehors ou du dedans puisse être incriminé; mais cette supposition est, ici, aussi vaine qu'elle le peut être pour le psoriasis, par exemple; rien n'autorise à lui accorder créance dans l'état actuel de nos connaissances.

Quelques mots seulement de la dénomination de la maladie, *Pityriasis rubra pilaire :* Au terme de « pityriasis pilaris employé par DEVER-

GIE et par RICHAUD, nous ajoutons le qualificatif *rubra*, à cause de l'importance que prend dans beaucoup de cas la coloration rouge de la peau. On a objecté que ce qualificatif pouvait prêter à une confusion avec le « *pityriasis rubra* » des anciens ou des modernes; cette crainte est sans fondement si l'on emploie la dénomination *complété par le terme de pilaire*, puisque le qualificatif de *pilaire* vient rectifier immédiatement la partie ambiguë de la dénomination. Bien que le follicule *pilaire* ne soit pas le siège exclusif du processus du pityriasis de Devergie, nous avons conservé la dénomination de pilaire parce qu'elle indique la véritable *prédominance caractéristique* de la maladie ; mais si tous les dermatologistes partageaient les objections qui ont été faites sur ce point, on pourrait leur donner satisfaction en remplaçant la dénomination pilaire par celle de *folliculaire*, et dire pityriasis rubra *folliculaire*.

Le terme de « maladie de DEVERGIE » n'est employé par nous que comme sous-titre, n'approuvant pas la tendance actuelle à substituer à des noms descriptifs le nom de l'auteur qui a le premier signalé une maladie, et la considérant comme préjudiciable à la clarté actuelle et future du langage médical. Tout au plus pourrait-on accepter « *pityriasis* de DEVERGIE »; mais cette dénomination, au point de vue élevé et général où il convient de se placer, est inférieure à celle de pityriasis rubra pilaire.

Traitement. — Le pityriasis pilaire est une affection rebelle et inégale devant toutes les médications générales ou locales; parmi les nombreux médicaments internes dont nous avons expérimenté l'action dans le traitement du pityriasis rubra pilaire, aucun ne peut être indiqué comme ayant une action favorable sur la marche et sur la terminaison de cette maladie.

La médication locale, bien que la mieux pourvue, n'agit pas toujours avec une efficacité égale; dans beaucoup de cas, elle reste inefficace, soit temporairement, soit indéfiniment, jusqu'à ce que l'heure de la guérison soit spontanément venue. C'est en réalité, mais d'une manière beaucoup plus accentuée, ce qui arrive pour le psoriasis, le lichen et beaucoup d'autres dermatoses.

D'une manière générale, les onctions huileuses, grasses, les bains prolongés, simples ou additionnés, et la série entière des agents anodins représentent les éléments essentiels du traitement palliatif, et les agents de réduction, l'huile de cade, l'acide pyrogallique, les emplâtres, représentent le traitement curatif local proprement dit, ces applications et ces préparations étant graduées et variées, comme on peut le faire dans le psoriasis, selon les conditions de chaque individu et de chaque cas particulier, et selon la tolérance personnelle, variables dans les proportions les plus étendues.

Inutile de dire que les localisations spéciales réclament des modifications appropriées : à l'aide des douches de vapeur tiède ou des pulvérisations, de l'usage du savon, il est facile de déblayer le cuir chevelu, même sans couper la chevelure, et de faire, au lieu convenable, les applications de pommade salicylée et pyrogallique, en commençant par les doses faibles de 5/100 d'acide salicylique et d'acide pyrogallique,

réunis ou non. Sur la face, douches pulvérisées, onctions grasses salicylées, glycérolés divers, pommade au naphtol à 5/100, huile de cade ou de bouleau mitigées, etc , etc.

Sur les membres et sur le tronc, nos malades ont généralement préféré la pommade pyrogallique aux frictions avec le savon de goudron ou avec l'huile de cade, l'acide pyrogallique étant certainement l'agent préférable, à la condition d'en diriger et d'en surveiller l'emploi, comme cela convient toujours pour ce mode de traitement.

Pendant la période irritable de la desquamation palmaire et plantaire, les bains locaux, les onctions grasses, quelquefois même les cataplasmes émollients, les enveloppements humides, imperméables, etc., remplissent les premières indications.

En résumé : hygiène et diététique appropriées à la maladie et au sujet; arsenic sous réserves, huile de morue dans quelques cas; balnéation aussi répétée et aussi prolongée que possible; onctions huileuses, glycérinées, grasses, additionnées d'acide salicylique ou de menthol comme antiprurigineux; si la maladie est généralisée ou très étendue, frictions avec les savons ou les pommades au naphtol, à l'acide salicylique et à l'acide pyrogallique, avec les préparations d'huile de cade, d'huile de morue; et, si la maladie est localisée, applications prolongées d'emplâtres divers, à l'huile de cade, à l'acide pyrogallique, à l'huile de morue, emplâtres mercuriels, de Vigo, emplâtre rouge de Vidal, etc., des gélatines médicamenteuses recommandées par Boeck, etc., renouvelés après chaque bain. Tels sont, non pas les seuls, mais les principaux agents à employer dans l'état actuel de la thérapeutique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

FIN DE L'APPENDICE DES TRADUCTEURS

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Pityriasis rubra. — Lichen des scrofuleux. — Lichen ruber.

PITYRIASIS (1) RUBRA (HEBRA)

Beaucoup d'auteurs et de médecins praticiens emploient la désignation de pityriasis rubra, usitée depuis Bateman, dans tous les cas où la peau est pendant longtemps rouge et squameuse sur de grandes surfaces. L'étymologie du mot correspondait, en effet, exactement à l'aspect de la maladie. Mais cet état de la peau peut être occasionné par des processus très différents, tels que l'eczéma, le psoriasis ou le lichen ruber et, dans tous ces cas, il n'indique rien autre qu'une certaine période d'un de ces processus. Aussi, nous ne nous servons pas pour ces états morbides du nom de pityriasis rubra, mais bien du terme

(1) Le « *pityriasis* », classe III de l'ordre des *Squames* de Willan-Bateman, conservé comme *genre* dermatologique par Bazin et par d'autres auteurs plus récents, ne représente plus aujourd'hui un groupe nosologique homogène. Le terme lui-même n'est qu'une simple expression dermatographique spécifiant une *forme* particulière de *desquamation* épidermique en lamelles *fines comme du son*, furfuracée, squamulaire, etc.; employé seul, il ne peut être appliqué qu'à la formule pure et simple de cette manifestation objective, de cette lésion épidermique, de ce symptôme.

L'addition d'un qualificatif de *localisation :* P. de la tête, P. de la barbe, etc.; de *couleur :* alba, nigra, etc., est également dépourvue de valeur pour désigner correctement une affection individualisée, chacune de ces localisations ou de ces apparences pouvant être réalisée par des états pathologiques distincts, eczéma, parasites divers, etc., et par toute une série d'affections squameuses, entièrement différentes les unes des autres.

Dans cette situation, il serait logique de supprimer l'emploi du terme de pityriasis comme radical de la dénomination d'une affection cutanée spécifiée, et de ne l'employer que dans la terminologie sémiologique; mais le terrain médical n'est pas encore tout à fait prêt pour une réforme aussi légitime, et, par force majeure, nous conservons le mot de pityriasis comme radical de quatre affections, qui sont : *a*) le *pityriasis rosé de* Gibert; *b*) le *pityriasis versicolore; c*) le *pityriasis rubra pilaire ou folliculaire; d*) le *pityriasis rubra de* Hebra, mais en spécifiant que ces dénominations sont purement représentatives et qu'elles s'appliquent à des affections n'ayant entre elles aucun rapport de nature. — Le pityriasis rosé de Gibert est encore à la recherche d'un classement dermatologique; le lecteur en trouvera la description dans un *Appendice*, à

propre à la maladie qui donne lieu à ces rougeurs et à ces squames, tels que l'eczéma, le psoriasis ou le lichen ruber (1).

Nous entendons par pityriasis rubra une affection tout à fait spéciale, décrite en premier lieu par Hebra, qui s'observe très rarement, et est caractérisée par l'état suivant : elle ne présente ni papules, ni vésicules, ni pustules, mais toujours simplement et uniquement, depuis son début, et pendant toute sa durée, de la rougeur et de l'inflammation. On a très rarement l'occasion de voir cette maladie dans ses premières périodes; cela ne m'est arrivé que deux fois. Dans ces deux cas, elle avait eu son point de départ au niveau des plis articulaires. Aux aines, aux aisselles et dans le creux des jarrets, sur des points assez limités, la peau était d'un rouge vif, d'une température un peu plus élevée qu'à l'état normal et recouverte de squames petites, fines, légèrement farineuses, sans infiltration, ni humidité, ni efflorescences.

On n'observe la plupart des cas que dans les périodes avancées et lorsque la maladie a gagné la plus grande partie du tégument, ou a envahi tout le corps.

Sur tous les points, la peau est d'un rouge vif et même d'un rouge bleu, spécialement livide aux membres inférieurs; son épiderme se

---

l'occasion des dermatophyties; le P. versicolore a sa place naturelle dans cette même section; le P. rubra pilaire ou folliculaire représente une dyskératose que nous avons placée après le psoriasis (Voy. plus haut, *Appendice des traducteurs*, p. 585 et suiv.). — Le *pityriasis rubra*, enfin, dans le langage d'un grand nombre d'auteurs, correspond à toute une série distincte d'affections dont nous essaierons d'éclairer un peu le chaos, dans un appendice, après la description du pityriasis rubra, *type de* Hebra, auquel seul correspond la dénomination de pityriasis rubra, employée par l'auteur.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Les *formes* généralisées, rouges et squameuses, du psoriasis, de l'eczéma, du « lichen ruber », ou même les érythrodermies exfoliantes développées *au cours* ou aux périodes cachectiques de ces dermatoses — *Érythr. épisodiques; Érythr. secondaires ou terminales* — ne sont pas les seules que, avant ou après Hebra, on ait dénommées « *pityriasis rubra* ». Il faut ajouter à leur suite quelques érythrodermies exfoliatrices essentielles, primitives, individualisées par des caractères propres qui n'entrent pas dans le type de Hebra, et que l'on ne peut, par conséquent, omettre de signaler, bien que l'on ne soit pas encore en mesure de déterminer fermement si elles constituent nosologiquement des espèces distinctes, ou seulement des formes nosographiques. Nous continuerons l'exposé de ces choses délicates un peu plus loin, quand le lecteur aura pris connaissance, dans le texte courant, du caractère de l'espèce typique. Voy. *Appendice des traducteurs*, p. 617 et suiv.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

détache en squames fines, petites, ou en lamelles minces un peu plus grandes, sans que nulle part il se forme un amas proprement dit de squames ou sans que l'épiderme tombe complètement et qu'il survienne de l'humidité. La peau de la face et celle du cuir chevelu présentent les mêmes caractères, tandis que la paume des mains et la plante des pieds sont pâles ou injectées, et, de plus, recouvertes d'un dépôt épidermique épais, brillant. La température de la peau est élevée. La rougeur pâlit à la pression, en laissant après elle une teinte jaunâtre. Les malades se plaignent d'un prurit très modéré et de frissons continuels.

La maladie se produit, sans causes appréciables et sans symptômes précurseurs, sur un plus ou moins grand nombre de points à la fois, principalement aux plis articulaires, et s'étend dans l'espace de peu de mois, de un à deux ans, sur tout le corps, tout en conservant son caractère originaire.

Son évolution comprend plusieurs années, et elle ne présente jamais de changement dans le sens de la régression, mais seulement dans celui de l'aggravation des troubles nutritifs de la peau, amenés par l'hyperhémie chronique.

Tandis que le tégument modifié, comme je viens de vous le dire, conserve pendant un ou trois ans sa souplesse et son élasticité, les malades ont encore la liberté de se livrer à leurs occupations, et ils éprouvent seulement de violentes démangeaisons, de l'insomnie, des troubles digestifs habituels et une sensation persistante de froid. Plus tard, il survient un épaississement sur quelques points de la peau, soit par tuméfaction œdémateuse, soit par la présence d'une certaine accumulation de squames. Dans cette période, la maladie offre la plus grande analogie avec un psoriasis chronique ou avec un eczéma généralisé.

Dans cet intervalle, partout la coloration d'un rouge vif est remplacée par une teinte plus cyanosée, et dès lors commence un processus de rétraction manifeste de la peau, de façon qu'elle paraît en quelque sorte trop étroite pour le corps. Par suite de la tension cutanée, les malades sont dans l'impossibilité d'ouvrir complètement la bouche, les paupières inférieures sont en ectropion, les doigts demi-fléchis; sur la surface d'extension des genoux et des coudes, la peau est unie, brillante, amincie; sur les jambes, elle est fortement tendue, luisante comme du satin, difficile à pincer; à la plante des pieds, elle offre le même aspect; la couche épidermique est extrêmement amincie, et la marche devient impossible par suite de la sensibilité du tégument de cette région. Les cheveux et les poils deviennent grêles et tombent; les ongles des doigts et des orteils sont minces, fragiles, vitreux, cassants ou épaissis et

extrêmement friables. En même temps, la nutrition générale est notablement atteinte; le tissu cellulaire sous-cutané a, en grande partie, disparu; le malade tombe dans le marasme.

Sur les points où la peau est très tendue, notamment aux jambes et aux genoux, l'épiderme présente de nombreuses fissures ou bien se détache sur de grandes étendues, et on voit bientôt survenir, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, soit des surfaces ulcérées parfois considérables, soit de véritables ulcères produits par le décubitus.

Dans un cas, j'ai observé une gangrène spontanée de la peau, qui s'est produite à trois reprises, dans l'espace de deux ans, sur la région scapulaire droite, à la cuisse et sur la partie antérieure du thorax. De la dimension d'un centime au début, cette gangrène s'étendit d'abord régulièrement, plus tard, seulement sur une partie de sa périphérie, au point d'occasionner une plaie grande comme la paume de la main, qui ne se cicatrisa qu'au bout de plusieurs mois.

Tous les sujets atteints de cette affection, que Hebra et moi avons connus, ont fini par mourir dans le marasme, avec ou sans pneumonie, diarrhée ou tuberculose intercurrentes, après avoir souffert pendant plusieurs années.

En tenant compte de ces faits, le pronostic ne peut être que défavorable, bien que je croie avoir guéri un malade, et qu'un de mes collègues, au courant de cette question, m'aie verbalement assuré qu'il avait eu lui-même un pityriasis rubra et qu'il en était guéri (1).

Quant à la cause de cette dermopathie, nous l'ignorons complètement. Hebra en a observé personnellement jusqu'à présent environ quinze cas, sur lesquels six ont été soumis à mon observation. Tous ces malades appartenaient au sexe masculin; l'un était dans sa vingtième année, les autres avaient de quarante à cinquante ans, et la maladie avait, chez la plupart d'entre eux, commencé à cet âge-là; dans un cas, le début de l'affection remontait à la première enfance.

---

(1) Cette question de l'issue funeste du pityriasis rubra est à reviser; nul doute que le processus qui correspond à cette dénomination ne soit fort grave, ou plutôt que la cause qui le tient sous sa dépendance ait une haute importance vitale; mais il faut prendre acte des réserves que fait l'auteur lui-même, et surtout, dans l'avenir, catégoriser les faits. — Brocq et Vidal ont considéré comme à peu près certaine l'existence de formes bénignes, à la fois par l'intensité moindre et la durée plus courte; nous-mêmes croyons avoir fait des observations identiques, et nous reconnaissons dans le pityriasis rubra des formes *pernicieuses*, des formes *graves moyennes* et des formes *bénignes;* mais il faut quelques années de plus pour décider ce sujet et prendre des conclusions fermes.

E. B. — A. D.

Hans Hebra a étudié avec détail, dans deux cas avec autopsie, les modifications anatomiques résultant du pityriasis rubra.

Dans un cas où la maladie n'était pas ancienne, la peau présentait au microscope les caractères d'une infiltration inflammatoire modérée. Mais dans le second, qui avait atteint une période très avancée, il y avait une atrophie considérable de la peau, et l'on constatait la disparition du réseau muqueux et des papilles, la sclérose du tissu conjonctif, et à la prédominance des fibres élastiques, un dépôt abondant de pigment dans le chorion, et la destruction des glandes sudoripares et sébacées, ainsi que des follicules pileux (1). Dans ces cas, on trouva, en outre, de la tuberculose des poumons, de l'intestin, et, dans le cas le plus grave, un tubercule dans le cervelet.

A propos de cette dernière nécropsie, Fleischmann a rappelé qu'il avait observé, chez des enfants, une affection de la peau correspondant au pityriasis rubra et que, à l'autopsie, il y avait dans le cerveau un seul tubercule. Dans un cas, j'ai trouvé les artères un peu athéromateuses. Quant à l'étiologie du processus, ces autopsies n'ont apporté aucun éclaircissement satisfaisant (2).

Le diagnostic du pityriasis rubra est difficile. Ses caractères positifs, tels que je viens de les décrire, sont rares, et il est nécessaire d'établir avec soin l'état négatif, l'absence des symptômes qui caractérisent le psoriasis, le lichen ruber et l'eczéma squameux. Il faut, par conséquent, dans chaque cas, procéder par voie de comparaison et d'exclusion (3).

---

(1) Comp. Petrini. Note sur le pityriasis rubra type Hebra, *Congrès de dermatologie* de 1889. Histologiquement, c'est une dermatite étendue à toute la peau et à tous ses éléments différenciés, progressive, angiotrophique, atrophique, sclérosique, exfoliative sur le type pityriasique. E. B. — A. D.

(2) Bien que la biopsie soit un excellent moyen de déterminer la nature élémentaire d'une affection, elle est, ici, insuffisante ; l'histologie ne peut encore entrevoir qu'une partie des lésions, elle n'est pas en mesure de les interpréter physio-pathologiquement d'une manière utile. Une nécropsie complète avec étude du système nerveux central et périphérique serait plus féconde ; mais elle réclame des conditions d'examen spéciales, la possibilité de prélever les fragments de peau et des nerfs *immédiatement après la mort*, et des parties centrales dans *les délais les plus brefs*. Il faut chercher dans d'autres voies.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(3) La différenciation clinique du pityriasis rubra est des plus délicates; quelques développements sont nécessaires; le lecteur les trouvera quelques lignes plus bas, dans un *Appendice* où nous les avons réunis. E. B. — A. D.

Relativement au traitement de cette affection, nous sommes obligés de nous en tenir aux indications symptomatiques. Dans quelques cas, le goudron et les corps gras m'ont paru aggraver le processus local. Dans un cas que j'ai traité il y a plus de deux ans, j'ai prescrit sans aucun résultat l'usage interne et régulier de l'arsenic, de l'acide phénique, de la décoction de Zittmann, et, après modification des symptômes principaux, j'ai employé des moyens locaux, bains continus, bains de goudron, pommade de Wilkinson modifiée, applications d'onguent diachylon avec toile caoutchoutée, des onctions avec l'huile de foie de morue, avec du goudron ou simplement de la graisse, etc., qui ont eu pour effet de calmer momentanément certains malaises.

Dans un cas récent, chez un jeune homme, la guérison s'est produite par l'usage interne de l'acide phénique, alors que les remèdes locaux n'avaient eu d'autres résultats que d'aggraver la maladie (1).

---

(1) Le traitement rationnel du pityriasis rubra n'existe pas ; on en peut seulement entrevoir les éléments en sachant, d'une part, que les lésions cutanées sont de nature probablement névrotrophique ou angiotrophique et que, dans ce cas, il y a peu à compter sur les agents locaux de substitution et d'irritation ; il est préférable d'avoir recours exclusivement aux poudres anodines, aux onctions huileuses, aux enveloppements humides, au bain prolongé, etc., etc., sous la réserve de l'observation, dans chaque cas particulier, des conditions individuelles et du mode d'action immédiat. Théoriquement, on pourrait aussi mettre en usage les médicaments internes modificateurs des centres nerveux ; mais tout est à innover dans cette direction.

On n'oubliera pas que l'intervention thérapeutique doit, en outre, être basée sur une enquête attentive de l'état organique et fonctionnel du sujet, sans négliger l'examen du sang, et une analyse attentive de la composition urinaire.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Différenciation clinique du Pityriasis rubra.

Le syndrome auquel Hebra a attaché le nom de *pityriasis rubra* n'est pas actuellement contesté dans sa réalité clinique; on admet qu'il existe des cas — très rares — dans lesquels, depuis le début de la maladie jusqu'à sa conclusion, la rougeur de la peau et la desquamation fine — la dermatite rouge à exfoliation furfuracée — existent à l'exclusion de toute autre efflorescence sans papules, ni vésicules, ni pustules, ni épaississement du derme, ni induration, ni suintement, en même temps qu'il y a un prurit modéré, une extrême sensibilité au froid, des frissonnements continuels. A la période d'état, la rougeur est absolument universelle; la maladie progresse sans rémission: la peau s'amincit, devient luisante comme du satin, rétractée; les poils athrepsiés tombent, et les ongles amincis, vitreux, s'effritent ou cassent, mais ne sont pas éliminés comme dans d'autres procès; les lésions anatomiques sont celles d'une dermo-épidermite chronique aboutissant à l'atrophie scléreuse.

Voilà qui est entendu, et accepté pour l'instant. Mais cette espèce dermatologique ainsi fermée est-elle certainement naturelle ? Ferait-elle exception en pathologie cutanée, et n'aurait-elle pas des formes cliniques incomplètes, frustes, ou altérées dans leur type, des variétés *atypiques ?* N'aurait-elle pas des *degrés* différents de durée, d'intensité, de terminaison? Cela serait bien extraordinaire. Non seulement nous croyons, avec Vidal et avec Brocq, qu'il y a des cas de pityriasis rubra bénins, et nous croyons avoir observé des cas pernicieux, des cas graves ou moyens et des cas bénins, mais encore il existe, pour nous, des faits dans lesquels, — malgré quelques écarts du type conventionnel tels que la desquamation, par exemple, lamelleuse au lieu d'être pityriasique, l'existence d'hypéridroses colliquatives, la rapidité de l'évolution plus ou moins accrue, etc., — la maladie conserve dans son ensemble des caractères indéniables d'identité avec le pityriasis rubra typique.

Ce n'est pas tout; en admettant même que ces formes et que ces variétés cliniques ne soient pas légitimes, en fait, tel qu'il a été établi, basé sur les apparences extérieures, et non, comme il le faudrait, sur la connaissance de la condition pathogénique vraie, laquelle nous échappe entièrement, le pityriasis rubra de Hebra est loin d'être la seule affection qui puisse se traduire, à un *moment donné de son évolution*, par de la rougeur généralisée avec exfoliation fine, prurit, hyperthermesthésie, lésions des phanères; et, dans la longue série de mois ou même d'années qui se sont souvent écoulés avant que l'affection soit soumise à une observation compétente, il est souvent difficile de reconstituer les actes écoulés.

Or, si le médecin qui observe pour la première fois un malade le trouve arrivé à cette période vraiment pityriasique, son embarras sera

extrême si la notion entière et précise des affections *rouges*, *squameuses*, ne lui est pas présente et familière.

C'est pour rendre plus aisée l'analyse clinique des faits de cet ordre que nous avons, depuis longtemps, proposé de réunir toutes ces affections du tégument, *rouges*, *squameuses*, sous le nom d'Érythrodermies exfoliantes, non pour en faire un groupe nosologique, mais simplement à titre provisoire et pour faciliter l'étude.

Parmi ces érythrodermies, les unes sont faciles à différencier et n'ont certainement aucun rapport de *nature* ni de symptômes avec le pityriasis rubra; mais il en est, nous allons le voir, dont le rapport objectif est, au contraire, tellement étroit, que la confusion est faite constamment, et pour lesquelles la relation avec le pityriasis rubra est si manifeste, que d'excellents observateurs en sont arrivés à se demander si les unes et les autres sont autre chose que des formes ou des variétés d'une seule et même maladie.

C'est dans cet esprit et dans ce but, et seulement pour réunir quelques documents utiles à l'étude ou à la pratique, que nous avons écrit cet appendice, déclarant par avance que, sous le rapport nosologique proprement dit, les considérations que nous formulons sont un peu platoniques, et que nous ne prétendons pas dire le dernier mot dans une question pour la solution de laquelle personne ne possède encore les documents nécessaires.

La première division à introduire parmi les *érythrodermies exfoliantes* — maladies rouges desquamatives plus ou moins généralisées — est de séparer les *secondaires* des *primitives*.

1° Érythrodermies exfoliantes, secondaires.

Elles comprennent la série entière des dermatites généralisées rouges et squameuses qui peuvent survenir au cours de diverses dermatoses, telles que le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire, l'eczéma, le lichen, le pemphigus, etc., et doivent être soigneusement subdivisées en deux groupes :

a) *Érythrodermies exfoliantes secondaires accidentelles ou épisodiques.* — On les voit se produire sans cause appréciée, ou à la suite d'applications médicamenteuses externes, ou de médicaments internes, chez certains sujets prédisposés ; les unes sont *éphémères*, et cessent peu après la cessation de la cause; mais quelques autres se prolongent parfois pendant plusieurs semaines, peut-être même quelques mois; il est essentiel de le savoir pour ne pas s'exposer à les confondre avec les suivantes, dont la signification et le pronostic diffèrent essentiellement.

b) *Érythrodermies exfoliantes secondaires terminales ou cachectiques*, *pernicieuses*, *malignes*. — Elles correspondent aux *herpétides exfoliatrices malignes* de Bazin; se développant, *non pas* comme les précédentes chez un sujet quelconque atteint d'une grande dermatose, mais chez des sujets *à santé déchéante*, généralement avancés en âge, arrivés à une *période avancée* d'une des dermatoses ci-dessus indiquées ; non seulement dépassant la durée de quelques semaines, mais s'installant, ne

rétrogradant pas d'ordinaire, et progressant, ou persistant, jusqu'à l'issue funeste, en même temps que surviennent des *lésions viscérales* ultimes. Leur durée peut être très longue, et l'on peut observer, pendant des années entières, de tels malades présentant une érythrodermie exfoliante ambiguë.

Pour toutes ces formes, le médecin qui voudra bien comparer ce qu'il observe au type de Hebra, et faire, *en clinicien*, l'analyse comparée des faits qu'il observe sous le rapport de la chronologie, des caractères antécédents, souvent même des caractères objectifs actuels, saura se mettre à l'abri de toute confusion.

Il est *impossible*, dans l'état actuel de la dermatologie, de dépasser la différenciation clinique que nous venons d'indiquer et de discuter utilement la question de savoir si ces érythrodermies pernicieuses dérivent d'une extension de la dermatite *primitive* de sa généralisation, ou si elles résultent de ce qu'*une autre* dermatose, une érythrodermie essentielle, est venue se *surajouter* à la maladie première, comme le pensent nombre d'auteurs qui déclarent, dans de semblables circonstances, que l'eczéma ou le psoriasis primitifs ont été *remplacés* par un « pityriasis rubra ».

De ces deux suppositions, l'une dans laquelle le pityriasis rubra se serait développé sur un terrain préparé par une autre dermatose, l'autre selon laquelle cette dermatose préalable se serait *transformée*, aurait *dégénéré* en pityriasis rubra, nous ne saurions accepter que la première; les *espèces* morbides *réelles* ne peuvent pas plus *dégénérer* ou se *transformer*, au sens exact de ces mots, que les espèces naturelles, quelles qu'elles soient.

Si ce que l'on appelle le « pityriasis rubra », symptômes et lésions, pouvait devenir la formule terminale d'une dermatose quelconque, il aurait par cela même cessé d'exister comme espèce morbide.

2° Érythrodermies exfoliantes, primitives, idiopathiques.

Au point de vue pratique, deux catégories sont à distinguer : les unes à marche rapide et à durée limitée, aiguës ou subaiguës ; les autres à évolution lente, prolongée, chronique. Cette division n'implique pas la différence nosologique absolue des deux ordres, car rien n'est moins démontré que l'indépendance des deux groupes entre eux, et, dans chaque ordre, des affections qui le composent; nous l'établissons simplement pour faciliter l'analyse clinique méthodique et le jugement pratique.

I. — **Érythrodermies exfoliantes, aiguës et subaiguës.**

Ce groupe comprend :

a) Les érythrodermies *initiales*, sous la forme desquelles se *larvent* quelquefois, paratypiquement, à leur début, quelques affections classées — eczéma, psoriasis, pemphigus, lichen, etc.

b) Les érythèmes desquamatifs scarlatiniformes et les dermatites exfoliantes *aiguës* ou *subaiguës* de Wilson, Vidal, Brocq, dermites aiguës graves de Quinquaud. — Voy., p. la bibliogr. et l'étude complète, Brocq, *loc. sup. cit.* Du fait seul de leur mode de début et de leur généralisation rapide, aucune confusion n'est possible entre la première période de ces érythrodermies et le pityriasis rubra, affection insidieuse, à début apyrétique obscur et à étapes prolongées.

Comme les érythèmes scarlatiniformes, les dermites ou dermatites exfoliantes aiguës ou subaiguës, dans les degrés rapides et légers, se distinguent immédiatement des formes typiques du pityriasis rubra grave; mais, entre les formes prolongées des érythèmes desquamatifs, les formes lentes des dermatites exfoliatrices et les formes bénignes du pityriasis rubra, la distinction pourrait être beaucoup plus litigieuse et réclame la connaissance précise des caractères propres de chacune de ces affections. Pour les érythèmes scarlatiniformes, le lecteur a déjà trouvé plus haut les développements nécessaires; mais, pour la dermatite exfoliante, le texte courant n'en contenant pas la description, voici, d'après l'auteur qui les a le mieux étudiées, Brocq, un résumé descriptif succinct, tel qu'il l'a présenté au Congrès international de dermatologie de 1889 :

« C'est une maladie cutanée générale, qui ne semble pas être contagieuse, et qui a une évolution cyclique (périodes d'augment, d'état, de déclin).

Elle est *fébrile* dans ses deux premières périodes, avec maximum vespéral.

Le *début* est parfois soudain, rapide, plus souvent insidieux : on voit apparaître une ou plusieurs taches rouges, prurigineuses, qui s'étendent et se généralisent à tout le corps en deux ou dix jours.

A la *période d'état*, les téguments, dans leur totalité, sont envahis par une rougeur intense; ils sont un peu épaissis, quelquefois même lardacés, et comme tendus. Quelques jours après l'apparition de la rougeur, l'épiderme s'exfolie, et, dès lors, commence une *abondante desquamation* de fines lamelles nacrées, sèches, de dimensions très variables, mais qui ont, en moyenne, sur le tronc et les membres, de deux à trois centimètres de long sur un centimètre à un centimètre et demi de large ; elles se recouvrent parfois comme des tuiles de toit.

Les *poils* tombent presque toujours, en totalité ou en partie; il en est souvent de même des *ongles*, qui sont tout au moins altérés et présentent de profonds sillons transversaux.

A certaines périodes de la maladie, et en certains points du corps, surtout vers les plis articulaires, il peut se produire un *suintement* plus ou moins abondant et fétide, et dès lors l'éruption ressemble à l'eczéma. On voit parfois survenir des *bulles pemphigoïdes*, des *pustules*, des *furoncles*, etc.

Les *démangeaisons* sont presque constantes ; il en résulte des excoriations et du suintement. Les malades éprouvent aussi, assez souvent, une sensation pénible de *cuisson* ou de *chaleur;* ils ont froid dès qu'on les découvre.

Les *muqueuses* peuvent être prises ; les *ganglions* sont souvent tuméfiés.

Comme *complications* notées, nous signalerons les anthrax, les abcès tubériformes ou profonds, les eschares, la surdité, l'iritis, les paralysies partielles, les paraplégies, l'obnubilation intellectuelle.

Quand elle est bénigne, la maladie évolue en trois ou quatre mois ;

quand elle est intense, en cinq ou six mois. Quand elle est prolongée par des complications graves ou des pousses successives, elle met six à dix mois, et même une année pour arriver à la guérison complète. Elle peut se terminer par la mort vers le troisième ou le quatrième mois, avec diarrhée, épuisement graduel ou complication grave, surtout du côté des poumons.

Les rechutes et les récidives sont possibles. »

II. — Érythrodermies exfoliantes lentes ou chroniques, idiopathiques, primitives.

Dans ce groupe, aussi artificiel que les précédents, nous rangeons : *a*) Des dermatites chroniques *à début variable, larvé*, et qui, après une durée plus ou moins longue, aboutissent à un état en apparence semblable à celui du pityriasis rubra ou de la dermatite exfoliatrice. — *b*) Une série variée, encore à l'étude, de dermatites à évolution lente, du *type lymphoïde* simple, ou associées à la leucémie, à la lymphadénie, au mycosis fongoïde, lesquels ne se confondent pas avec les altérations eczématiques ou autres qui précèdent pendant de longues années diverses formes non encore décrites de dermatoses. — *c*) Des dermatites généralisées rouges, plutôt entrevues que connues, qui procèdent d'*infections chroniques souvent latentes*, suppurations profondes ou lésions organiques de la vessie, du rein, du système utérin, etc. — *d*) Le pityriasis rubra folliculaire arrivé à son développement complet ou, au contraire, à certaines périodes intermédiaires, c'est-à-dire présentant de petites ou de grandes nappes rouges squameuses selon le type pityriasique, lesquelles l'ont fait souvent confondre avec le pityriasis rubra vrai.

a) *Érythrodermies à début variable, évoluant secondairement à la manière du pityriasis rubra ou des dermatites exfoliatrices.* — Ce groupe de dermatites, tout à fait obscur, pour lequel il faudrait faire presque autant de cases nosographiques que de cas particuliers, est caractérisé par l'*extrême variété* des altérations cutanées qui marquent le *début* et l'extrême *inégalité* des premières étapes au point de vue de la *durée.*

On pourrait croire, cela étant, qu'il s'agit simplement, ici, des érythrodermies *secondaires* à une dermatose préexistante, sur lesquelles nous nous sommes expliqués plus haut ; mais il n'en est rien ; les diverses lésions cutanées initiales qui leur appartiennent n'ont rien de fixe ; elles ne peuvent être comparées aux éruptions typiques longtemps continuées qui préludent aux érythrodermies ultimes, cachectiques ; leur durée est prodromale, et elles disparaissent plus ou moins tôt dans le cours ultérieur quand la maladie est *démasquée*, a cessé d'être larvée. Tantôt, après une première phase ambiguë, insidieuse, qui consiste souvent en phénomènes de *prurit*, surviennent des lésions qui semblent résulter du grattage et affecter le type banal de l'eczéma, de l'eczéma acnéique ou séborrhéique ; d'autres fois, ce sont de simples taches érythémateuses, des élevures ou des nodosités vagues, une dermite, d'abord localisée autour d'une solution de continuité récente ou ancienne, etc., etc. Puis, après une durée extrêmement variable de

quelques semaines à quelques mois, et plus, l'affection se caractérise plus ou moins exactement, soit dans le type des dermatites exfoliantes, soit dans le type *des périodes avancées* du pityriasis rubra, selon que les phénomènes de dermatite ont plus ou moins d'acuité, et que la desquamation affecte le mode à larges ou à petits lambeaux.

Si l'on compare de tels cas, quels qu'ils soient, au type *entier* du pityriasis rubra de Hebra-Kaposi, on peut assurément faire une différenciation théorique si l'on ne dénomme *pityriasis rubra* que les cas dont les premières étapes sont très lentes et très prolongées, qui n'ont, à aucune période, d'autres altérations que la rougeur, la desquamation, sans infiltration considérable et avec exfoliation furfuracée, l'atrophie et la rétraction cutanées, en même temps que surviennent des phénomènes de malignité, des troubles viscéraux et des altérations organiques profondes.

Quelques cas, malgré leur durée qui peut être longue, se distinguent assez nettement à la période d'état par l'allure plus inflammatoire de la dermatite, les périodes phlegmoneuses ou eczématiques, la conservation relative de la santé, l'absence de rétraction de la peau le développement accentué des altérations des phanères et la forme de la desquamation, qui, au lieu d'être pityriasique, est lamelleuse, plus ou moins exactement dans certains points, selon le type de la dermatite de Wilson-Brocq ; et ils constitueraient la dermatite exfoliatrice généralisée *chronique* de Brocq.

Il en est d'autres enfin qui, tout en ayant eu les premières phases larvées, distinctes du type du pityriasis rubra, prennent à la période d'état une allure moins irritative, desquament à petits lambeaux, s'accompagnent d'un état général grave et ne peuvent véritablement pas, dans l'état actuel de la dermatologie, être distingués sûrement. Toutes ces questions sont à reprendre par la base, ainsi que Brocq l'a très justement dit, *loc. cit.* — à l'aide d'observations nouvelles cliniques et histologiques faites par des médecins suffisamment prévenus des difficultés du sujet, et pourvus de la compétence nécessaire.

b) *Dermatites lymphoïdes.* — Dans toutes ces affections *arrivées à la période d'état*, la peau est infiltrée, épaissie, trop grande pour les parties qu'elle recouvre ; le prurit considérable et constant détermine des altérations eczématiformes, et quand il y a de la desquamation, elle est relativement faible, accessoire, et ne prend jamais les proportions de la mue épithéliale profuse qui caractérise les dermatites exfoliantes. Mais il subsiste une très grande ambiguïté à l'égard de certaines formes érythrodermiques mal connues, lesquelles font partie de ce que nous avons appelé les éruptions multiformes *pré*-mycosiques, et peuvent durer à l'état torpide et larvé *pendant un grand nombre d'années.* — Voy., plus loin, les notes du mycosis fongoïde.

c) *Dermatites liées aux suppurations profondes.* — Ce sont des érythrodermies du type eczématiforme, très prurigineuses, avec épaississement dermique décidé, œdème profond, très peu squameuses ; il est plus facile de les confondre avec l'eczéma rouge généralisé qu'avec une érythrodermie exfoliante.

d) Pityriasis rubra pilaire ou folliculaire. — Prurit modéré, conservation du bon état général, même dans les formes intenses anciennes et prolongées ; régions ou lacs de peau réservés, même dans les cas généralisés; altérations des faces palmaires et plantaires des mains, du tiers inférieur des ongles, enfin lésions caractéristiques des régions pilaires, etc. — Voyez plus haut, p. 601 et suiv.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

FIN DE L'APPENDICE DES TRADUCTEURS

LICHEN

De même que quelques autres noms de maladies transmis par les anciens, la dénomination de lichen est employée sous différentes acceptions dans la littérature étrangère et par quelques médecins praticiens ; le plus souvent, toutefois, à l'exemple de Willan, on s'en sert pour désigner de petites efflorescences papuleuses, sans égard à leur signification nosologique ; de telle sorte que des processus de nature très différente sont appelés lichen, pourvu qu'il y ait des papules motivant cette dénomination, par exemple dans l'eczéma, l'urticaire ou l'acné.

D'après Hebra, au contraire, on ne doit entendre par lichen que cette maladie dans laquelle on trouve des papules qui ont une forme typique et qui persistent pendant tout le cours de la maladie, sans jamais se transformer en efflorescences d'un degré supérieur, telles que vésicules ou pustules, mais accomplissent leur évolution comme papules.

Dans ce sens précis du mot, nous ne comprenons que deux formes morbides, que Hebra a le premier pathologiquement déterminées : 1° le lichen des scrofuleux; 2° le lichen ruber (1).

(1) Le *principe* posé par HEBRA est absolument juste, et, en le formulant, il a rendu le plus grand service à la dermatologie ; nous l'avons adopté et importé les premiers en France, nous pouvons le dire, et nous n'avons, depuis, cessé de le défendre ardemment. La cause est aujourd'hui gagnée, le progrès réalisé, et la série infinie des affections qui avaient été indûment réunies sous un même vocable, démembrée au grand profit de la vérité et de la clarté dermatologiques. Aurait-il mieux valu créer une dénomination nouvelle pour le lichen vrai et

LICHEN DES SCROFULEUX

Cette dermatonose est caractérisée, outre sa marche chronique, par des papules de la grosseur d'un grain de millet et même d'une tête d'épingle, très aplaties, peu résistantes, d'un rouge pâle, rouge brun ou rouge livide même, disposées par groupes et en amas, et, sur certains points, en lignes circulaires, ayant l'étendue d'un centime, voire même d'une pièce de cinq francs en argent. Ces papules ont à leur sommet une petite squame, plus rarement une très petite pustule, et, après une durée assez longue, elles se résorbent sous leur forme primitive.

Elles ne donnent lieu qu'à de très légères démangeaisons, durent pendant des mois presque sans changement, disparaissent complètement par une exfoliation insignifiante de l'épiderme et sans laisser de traces.

La localisation régulière et dominante de l'éruption est le tronc, le dos et le bas-ventre. Au début, il n'existe que des groupes isolés de papules; plus tard, des groupes isolés plus rapprochés se forment dans le voisinage les uns des autres, et constituent une affection diffuse dans laquelle la peau est d'un rouge brun sale et recouverte de squames minces qui se détachent facilement. Cependant, on reconnaît encore suffisamment la composition de chaque groupe qui est formé de petites papules.

Outre les groupes dont je viens de vous parler et les plaques confluentes, on trouve encore des papules disséminées, comme celles qui sont disposées en arcs de cercle; de plus, quelques points de l'étendue d'un centime, jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs en argent, se reconnaissent très facilement à la saillie des orifices des glandes sébacées et des follicules pileux (lichen pilaire, peau ansérine). — C'est le début des papules.

Le développement est extrêmement lent, insensible, la marche est aussi très lente. Lorsque, après une durée de plusieurs mois, les érup-

---

laisser avec une valeur purement dermatographique le terme de lichen appliqué à la pluralité des lésions à papules? Nous ne le pensons pas, car la réforme eût été incomplète. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, le fait est accompli, et la presque unanimité des dermatologistes de tous pays n'entendent plus, par le mot de *lichen*, désigner autre chose qu'une *maladie* déterminée. — Voy. *Congrès de Paris*, 1889, pour la discussion, Kaposi, Hallopeau, Jamieson, Neumann, Unna, Schwimmer, Malcolm-Morris, Dubois-Havenith, Leloir, Schiff, E. Besnier, de Amicis, E. Vidal.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

tions ont augmenté, soit en nombre, soit en intensité; il survient alors des papules et des groupes de papules sur les côtés de flexion des membres supérieurs et inférieurs; celles qui se trouvent à la jambe sont entourées d'une aréole livide (*lichen lividus*), comme les efflorescences de la face.

Comme phénomène concomitant, on observe, dans les cas graves, un eczéma du scrotum et de la région pubienne, avec une sécrétion fétide, qui se dessèche en croûtes à odeur rance; au pubis, on constate des pustules et des croûtes produites par l'inflammation de chaque follicule pileux (eczéma impétigineux); aux membres inférieurs, enfin, on voit des papules et des pustules occasionnés par une hémorrhagie et un exsudat dans les follicules pileux, lesquels sont entourés d'un cercle hémorrhagique (acné des cachectiques). Presque sans exception (environ 90 fois sur 100), les individus atteints de lichen des scrofuleux présentent un engorgement des ganglions sous-maxillaires, cervicaux ou axillaires, atteignant la grosseur d'une noix ou plus, indolents, parfois tendant à suppurer; dans quelques cas enfin, on trouve des périostites, des caries, des nécroses, avec ou sans ulcères scrofuleux de la peau, laquelle a, en général, un aspect cachectique et donne au toucher une sensation graisseuse sèche.

On le voit, ce processus ne s'observant que chez les individus jeunes et sous la forme que j'ai décrite chez les sujets scrofuleux, mérite bien le nom de lichen des scrofuleux.

J'ai indiqué par là en même temps la cause probable de l'affection; rarement cette maladie existe chez des personnes scrofuleuses ayant atteint l'âge de vingt ans, jamais chez des sujets plus âgés ni chez des individus paraissant d'ailleurs sains; elle s'observe le plus souvent, au contraire, dans l'enfance ou à l'époque de la puberté.

J'ai démontré par l'examen microscopique que le processus local du lichen des scrofuleux consiste en une infiltration cellulaire et en une exsudation ayant son siège dans les follicules pileux et dans les glandes sébacées annexes, dans leur atmosphère ainsi que dans les papilles qui sont au voisinage immédiat des orifices folliculaires (fig. 24). Chaque papule correspond, par conséquent, à un orifice folliculaire et aux parties qui l'environnent. La tuméfaction et l'infiltration des papilles forment la papule, et l'amas d'épiderme hyperplasié ou d'exsudat à l'orifice du follicule représente la squame centrale ou la petite pustule (1).

---

(1) Si le principe de Hebra était excellent, l'application qu'il en a faite a été quelque peu défectueuse, car il n'en reste, à l'heure actuelle, presque rien.

En ce qui concerne le lichen des scrofuleux, l'auteur manquait immé-

Ce processus est essentiellement bénin, en ce sens qu'il peut guérir complètement et que tout au plus quelques follicules isolés peuvent disparaître par suppuration et cicatrice (fig. 25).

La marche spontanée peut durer plusieurs années. Le diagnostic de

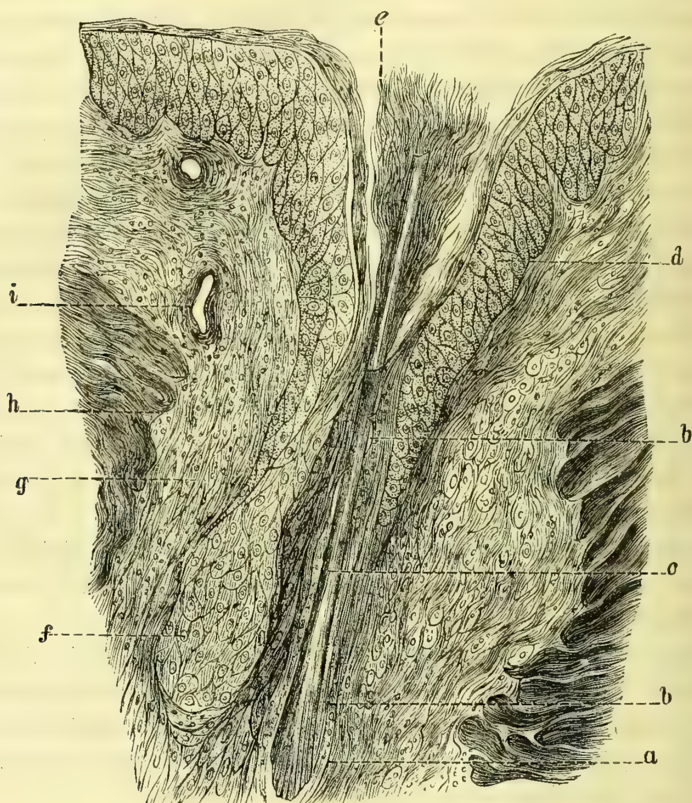


Fig. 24.

Coupe d'une papule de lichen des scrofuleux.

a follicule pileux. — *bb* gaine de la racine du poil (parsemée de cellules). — *c* poil. — *d* réseau de Malpighi, les cellules sont déprimées longitudinalement, entre elles on voit des cellules d'exsudat. — *e* masse épidermique à l'orifice du follicule. — *f* glande sébacée. — *g* infiltration des cellules inflammatoires dans le tissu conjonctif périfolliculaire se prolongeant dans les papilles. — *h* tissu conjonctif normal au voisinage du chorion. — *i* vaisseaux sanguins (fort grossissement).

cette affection, quand elle est caractérisée, n'est pas difficile, si l'on a égard à l'homogénéité des papules, à leur apparition en groupes, à leur

---

diatement aux règles posées par lui-même, du fait de la *multiformité* élémentaire de ses lésions, pustules, vésicules, eczéma impétigineux, etc.

L'affection décrite sous ce nom par Hebra et Kaposi est une variété

localisation principale sur le tronc, à leur indolence, à leur faible saillie et à leur réunion avec les engorgements ganglionnaires que j'ai décrits et les autres signes de la scrofulose.

On peut confondre le lichen des scrofuleux : 1° Avec l'eczéma papuleux qui survient chez les petits enfants sous forme de papules aplaties, desquamatives, qui, lorsqu'elles correspondent aux follicules pileux,

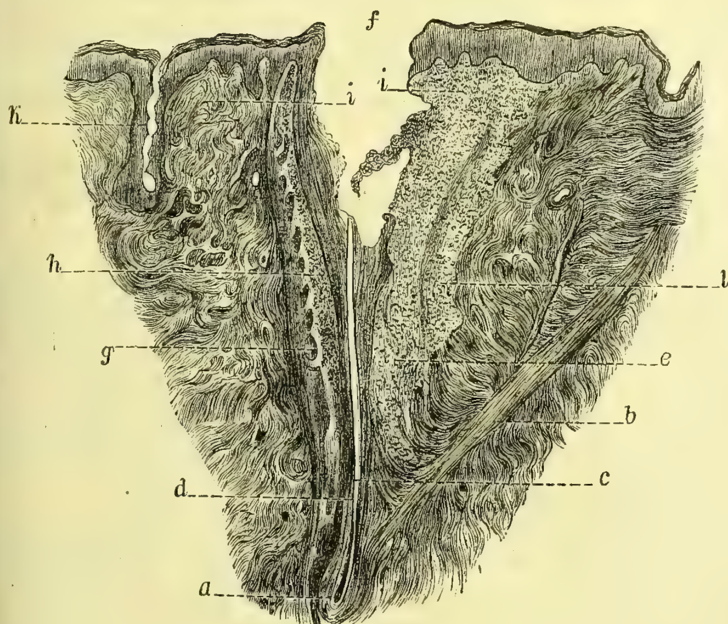


Fig. 25.

Coupe d'une efflorescence de lichen des scrofuleux.

a papille du poil. — *b* muscle redresseur du poil. — *c* gaines de la racine du poil.— *le* prolifération cellulaire autour du follicule pileux. — *f* orifice du follicule. — *g* gaine de la racine du poil, séparée de la paroi du follicule *h* par des cellules d'exsudat. — *i* papilles du derme parsemées de cellules. — *k* orifice des glandes sudoripares.

peuvent également être disposées comme ces derniers en lignes circulaires et en groupes (lichen eczémateux figuré des auteurs). Cependant,

---

de folliculite pilo-sébacée, probablement infectieuse, sinon microbienne, peut-être quelquefois toxidermique, propre aux scrofulo-tuberculeux confirmés; elle est beaucoup plus rare dans nos hôpitaux qu'à la clinique de Vienne, à en juger par les descriptions de l'auteur. Cependant, nous ne manquons pas de scrofulo-tuberculeux, et nous devrions être à même de rencontrer fréquemment cette affection s'il s'agissait d'une maladie sûrement individualisée; celles-là sont ubiquitaires toutes les fois où elles ne reconnaissent pas pour cause un élément extrinsèque propre à la région où la maladie est relevée.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

dans ces cas, la localisation n'est pas aussi typique et elle peut aboutir, par suite d'un développement aigu, à l'eczéma vésiculeux.

2° On peut encore confondre cette affection avec la syphilide à petites papules, dite lichen syphilitique. Dans ce cas, les papules ne sont pas en général disposées en groupes, mais principalement en lignes circulaires; elles sont, en outre, extrêmement dures et brillantes, élevées au-dessus du niveau de la peau, le plus souvent localisées aux plis articulaires, et l'on trouve habituellement entre les petites papules une efflorescence plus ou moins volumineuse, à peu près comme une lentille. La présence d'une seule de ces papules dures et grosses suffit pour établir le diagnostic différentiel.

Quant à l'espèce de lichen dont je vais vous parler dans quelques instants, le lichen ruber, il a des caractères si tranchés, qu'il est presque impossible de le confondre avec le lichen des scrofuleux.

On guérit sûrement le lichen des scrofuleux en plaçant le malade dans des conditions de nature à améliorer sa nutrition. Dans ces conditions nouvelles, la constitution générale s'améliore et les papules disparaissent. Un auxiliaire puissant sera l'usage interne de l'huile de foie de morue avec ou sans addition d'iode; par exemple, on peut prescrire de prendre matin et soir une cuillerée de la mixture suivante : iode pur, 15 centigrammes; huile de foie de morue, 150 grammes.

L'amélioration sera encore plus rapide si, en même temps, on fait avec soin, deux ou trois fois par jour, des onctions sur la peau avec l'huile de morue ou des corps gras. Dans l'espace de six semaines à trois mois, on peut voir disparaître complètement les éruptions les plus intenses de lichen des scrofuleux, en même temps cesser aussi l'engorgement ganglionnaire et de l'acné des cachectiques, les symptômes de l'eczéma du scrotum, etc.

LICHEN RUBER

Hebra le premier a reconnu comme affection *sui generis* cette remarquable maladie de la peau, aussi obscure que dangereuse, et lui a donné le nom de lichen ruber.

Ce que cet observateur a enseigné sous le rapport de la symptomatologie et de la terminaison de cette affection a donné lieu à des recherches ultérieures qui nous permettent d'établir aujourd'hui deux formes de lichen ruber : le lichen ruber acuminé et le lichen ruber plan.

Le lichen ruber acuminé est la forme primitivement décrite par Hebra. Elle est caractérisée par des papules disséminées, très dures, de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une tête d'épingle, rouges, coniques, ayant à leur sommet une petite squame épidermiqu

épaisse. Si ces papules sont disposées en lignes assez serrées, elles donnent au toucher la sensation d'une râpe et finissent par se confondre en surfaces diffuses, rouges et squameuses.

Le processus débute par une éruption assez aiguë des papules que je viens de décrire, disséminées sur tout le corps ou limitées à quelques points (tronc, plis des articulations). D'abord irrégulièrement réparties, elles se disposent ensuite en raies ou lignes circulaires, ou encore elles se rapprochent irrégulièrement les unes des autres, par l'apparition de nombreuses papules nouvelles dans l'intervalle des anciennes.

Dans l'espace de trois à quatre mois, le tronc, la face et les membres sont recouverts de papules toujours plus confluentes et les îlots de peau saine diminuent de plus en plus. La réunion des groupes papuleux confluents forme des plaques diffuses sur lesquelles la peau est épaissie d'une manière uniforme, rouge, squameuse, fendillée, traversée par des sillons profonds, paraissant sèche et semblable à un eczéma squameux ancien. C'est seulement au bord de ces plaques diffuses qu'on retrouve en plusieurs séries les efflorescences primaires du lichen ruber, coniques, avec une squame à leur sommet.

Par le progrès continu et simultané sur plusieurs points de ce processus, l'affection gardant toujours son caractère, peut, dans l'espace d'une à plusieurs années, s'étendre uniformément et se généraliser, — lichen ruber généralisé. Dans ce cas, la peau paraît rouge du sommet de la tête jusqu'aux orteils ; elle est épaissie, et ses plis normaux sont plus fortement accusés ; elle est recouverte de nombreuses squames minces, la face est sèche, fendillée et squameuse, les paupières inférieures en ectropion, les paupières supérieures abaissées, le cuir chevelu squameux, les cheveux amincis et tombant (effluvium capillorum). Plus tard, la chute des poils s'étend à tout le corps. Les mouvements articulaires sont douloureux par suite de l'épaississement et de l'état fendillé de la peau ; la paume des mains et la plante des pieds sont recouvertes de callosités épidermiques épaisses, d'un blanc sale, qui rendent difficiles les mouvements des doigts ; les ongles des doigts et des orteils sont épaissis, cassants, opaques. En outre, le malade est très souffrant, amaigri et se plaint de frissons continuels. Le lichen ruber peut, dans ces conditions, durer plusieurs années sans que, d'après mon expérience, il se produise une régression spontanée.

Sous l'influence d'une affection aussi grave, l'amaigrissement fait des progrès continuels et la mort survient par épuisement ou par suite d'une maladie accidentelle (1).

---

(1) Hebra n'a pas été plus heureux dans la constitution de ce deuxième lichen que dans celle du précédent. On peut tenir pour

Lichen ruber plan (1). — Dans cette forme il survient de petites papules plates qui ne produisent pas de squames (2), d'un brillant particulier, analogue à celui de la cire, ombiliquées (3), qui, dès le début, ont une tendance à se réunir par groupes et à former des plaques. Ces papules sont grosses comme un grain de millet ou une tête d'épingle, et même beaucoup plus petites (4), à peine grosses comme une pointe d'aiguille; celles qui ont pris un développement plus considérable sont d'un rouge brun ou pâle, ou même sont tout à fait pâles, avec un bord rouge fin comme un cheveu à leur base ; elles ont le brillant de la cire, une forme arrondie ou polygonale, enfin elles sont très dures. Un grand nombre même des plus petites papules montrent à leur centre une dépression petite comme si elle avait été faite par une pointe d'aiguille, et qui représente tantôt un ombilic plat, tantôt un petit point fin. Au début, ces papules sont irrégulièrement disséminées et se montrent principalement sur le côté de la flexion ou de l'articulation du poignet, à la région poplitée, sur le gland, souvent aussi sur la paume de la main et la plante du pied, ou bien elles apparaissent d'abord sur le dos de la main, mais aussi sur tout autre point, sur le tronc, les

---

certain que les faits qui ont servi à établir sa conception du « lichen ruber », dont Kaposi a fait « le lichen ruber *acuminé* », sont relatifs à des dermatoses *diverses*, au nombre desquelles, d'après les caractères dermatographiques, le pityriasis rubra pilaire, et, d'après l'issue funeste, la durée, etc., plusieurs grandes dermatoses graves alors absolument non soupçonnées, parmi lesquelles des érythrodermies secondaires, des lymphodermies, etc., et aussi sans doute quelques cas de lichen vrai du type suivant. Sur ce point, la lumière ne pourra jamais être faite ; il ne reste que cette certitude : c'est que l'issue funeste des quatorze premiers cas observés par Hebra demeurera toujours incompréhensible et inexplicable.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La dénomination de lichen *plan* ne peut plus servir pour spécifier l'espèce dermatologique dont il s'agit, mais seulement pour indiquer l'une des formes dermatographiques les plus communes qui lui appartiennent; nous la désignons sous le terme simple de lichen ou de lichen vrai, ou encore de lichen de Wilson, du nom de l'auteur qui l'a véritablement décrit le premier. E. B. — A. D.

(2) ... immédiatement, car plus tard elles existent.

E. B. — A. D.

(3) Non pas toutes, ni toujours; souvent la loupe est nécessaire pour bien constater l'affaissement du centre. E. B. — A. D.

(4) Beaucoup de papules, au début, ne sont visibles qu'à la loupe; il est alors aisé de reconnaître que les plis de la peau déterminent essentiellement leurs formes polygonales, lesquelles sont *initiales*, non consécutives à leur pression réciproque, comme on l'a dit.

E. B. — A. D.

membres, les doigts, la face muqueuse des lèvres, les paupières, les joues.

De très bonne heure, ces papules se disposent en rangées linéaires, ou bien, suivant la disposition des follicules, en lignes circulaires sur le tronc; plus souvent encore, et plus tard, sur la majeure partie des points qu'elles occupent, elles se serrent les unes contre les autres comme une mosaïque. En même temps, les papules les plus anciennes, situées au centre, s'affaissent et prennent une couleur brun foncé, pendant qu'il se produit à la périphérie une nouvelle couronne de papules plates, brillantes comme de la cire, ombiliquées, qui arrivent à constituer des plaques de la grandeur d'une lentille, d'un centime ou d'une pièce de cinq francs en argent, offrant l'aspect tout particulier d'une pierre sombre entourée de perles (1). Les plaques plus grandes, plus anciennes, sont manifestement déprimées (atrophiques) au centre, d'un brun livide ou sépia. Enfin, la peau peut être envahie par l'éruption sur des surfaces assez considérables; elle présente alors une coloration diffuse, rouge brun, elle paraît épaissie, et au toucher elle est granuleuse comme une peau de chagrin. Pas plus sur ces points que sur les papules ou sur les plaques isolées, on ne trouve jamais une production notable de squames (2), de même qu'il ne s'y forme ni vésicules ni pustules.

---

(1) Parmi les dispositions éruptives qui font du lichen une efflorescence essentiellement multiforme, une mention particulière est nécessaire pour signaler les grands *anneaux* que l'on peut osbserver dans les formes du lichen de Wilson, mais qui prédominent dans quelques cas, et qui, s'ils sont localisés, peuvent dérouter et déroutent souvent le médecin, le menant régulièrement au diagnostic de syphilides; on peut observer les grands anneaux sur toutes les régions; ils forment des ronds, des cercles ovales ou allongés dans la direction des grands plis; on les trouve particulièrement aux cuisses, sur le tronc, etc. — L'élément *initial* de ces anneaux est une petite papule d'un *blanc brillant*, lisse, *très ombiliquée;* rapidement elle subit le processus excentrique et arrive à former un anneau pouvant atteindre jusqu'à trois centimètres au moins de diamètre, à bordure saillante, étroite, fine, luisante, vernissée, rose, rouge-cuivre, pigmentée, dure, interrompue en quelques points par une plicature de la peau; le centre est blanc, fauve, pigmenté; — comme dans toutes les formes de lichen, la marche est progressive et le procès est successif. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Nous renouvelons la réserve pour les squames, qui sont certainement toujours peu considérables, mais qui s'accroissent en raison directe de l'ancienneté de la lésion. Si nous insistons sur ce point, c'est que, dans certains cas non traités encore et anciens, l'affection peut *simuler* le psoriasis ou le pityriasis rubra pilaire, à ce point que le diagnostic peut être véritablement ambigu à un examen imparfait, et qu'un médecin peu habitué à voir le lichen plan le confondra, en semblable occurrence, certainement avec un psoriasis. E. B. — A. D.

Sur la muqueuse des joues, de la langue, du palais et du rebord des lèvres, le lichen ruber plan se manifeste sous forme de plaques gris d'argent, dures, punctiformes, fendillées, ou crevassées; dans un cas, Touton a observé cet état comme phénomène primaire, avant la maladie de l'enveloppe tégumentaire (1).

La marche et la durée de la maladie sont essentiellement chroniques. Beaucoup de papules disparaissent après avoir persisté pendant plusieurs semaines, en laissant après elles de petites dépressions d'abord d'un brun foncé, plus tard blanches, brillantes, atrophiques (semblables à des cicatrices); mais l'éruption persiste sur les autres points et s'augmente par une poussée continuelle de petites papules.

Au contraire du lichen ruber acuminé qui se propage rapidement sur toute la surface cutanée, le lichen ruber plan reste, dans quelques cas, pendant un ou deux ans, limité à certaines parties du corps (2). Peut-il

---

(1) Les localisations du lichen sur la muqueuse buccale sont des plus remarquables, très importantes au point de vue de la conception nosologique de la maladie, non moins que pour sa différenciation clinique; dans les anciennes observations, elles n'ont certainement pas peu contribué à faire confondre le lichen avec diverses syphilides. Voy. G. Thibierge. Des lésions de la muqueuse linguale dans le lichen plan, *Ann. de Dermat.*, 2e série, t. VI, 1885, p. 65. — A. Mayor et H. Pautry. Note s. les manif. bucc. du L. plan, *Revue de la Suisse romande*, Juin 1886; anal. *in Ann. de Dermat.*, 1886, p. 449.— Touton, Unna, Casuistich. z. L. r. planus d. Haut u. Schleimhaut, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1883, n° 23; anal. *in Ann. de Dermat.*, 1886, p. 689, IV, etc., et E. Besnier, Réunion hebdom. des méd. de Saint-Louis, 1889, etc. — Au point de vue de la conception nosologique et de la différenciation clinique, on remarquera que les kératoses de l'ordre de l'ichthyose, du pityriasis rubra pilaire, du psoriasis, n'ont pas de localisations muqueuses.

Leur aspect est variable, gouttes punctiformes isolées, discrètes ou confluentes de la face interne des joues, séries linéaires, lignes, plaques irrégulières, quelquefois festonnées annulaires comme les variétés annulaires de la peau, ordinairement indolentes; points, gouttes ou plaques de la surface de la langue dont le diagnostic serait souvent fort malaisé en l'absence d'éruption cutanée témoin, mais qu'il faut discuter dans certaines variétés de « leucoplasie » buccale difficiles à interpréter. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) La marche et la durée du lichen sont extrêmement variables. Il y a des cas véritablement *aigus* dans lesquels, en peu de semaines, la maladie se généralise, couvrant de milliers de papules, ou de grandes nappes grenues, squamulaires, rouge brun, les avant-bras, la face interne des membres inférieurs, les flancs, les lombes. C'est bien dans ces cas à marche rapide que l'on observe *avec prédominance* les éléments acuminés, ou les plaques granitées diffuses; mais, d'après nos observations, on trouve toujours en quelques points des papules planes

rester plus longtemps encore dans cet état et arriver, dans un certain nombre d'années, à disparaître spontanément? Je l'ignore, puisque les malades qui se sont présentés à l'observation ont été traités immédiatement. Mais il est sûr que, dans la plupart des cas, il peut arriver, avec le temps, à envahir la plus grande partie du corps (1).

Bien que ces deux variétés, comme nous l'avons exposé, se distin-

---

typiques. Nous ne pourrions pas produire un seul fait dans lequel les papules acuminées aient existé pendant toute la durée de la maladie, à l'exclusion soit des papules planes typiques, soit des nappes chagrinées, non moins caractéristiques pour un observateur exercé. Il est aujourd'hui hors de contestation que l'on a englobé dans les descriptions du lichen acuminé des cas absolument distincts, tels que des cas de pityriasis rubra pilaire.

Dans la majorité des cas, la marche de la maladie est *lente*, plutôt qu'à proprement parler chronique, sa durée se *prolongeant*, du fait de l'apparition successive de *nouvelles* efflorescences, sur les points mêmes où les précédentes entrent en régression curative, à leur périphérie ou sur des points éloignés. Cette subintrance éruptive fait partie essentielle du type nosologique; quelquefois, avec des intervalles plus longs, elle se reproduit pendant un grand nombre d'*années*, devenant alors chronique à la manière du psoriasis. Mais, le plus habituellement, c'est *seulement* dans des régions particulières comme les membres inférieurs, et dans les formes prolifératives, L. végétant, tubéreux, corné, etc., que le lichen devient véritablement chronique.

Il serait difficile de dire à quels caractères certains on pourrait, au début, prédire la durée absolue d'un cas donné de lichen; nous avons en vain cherché à réunir quelques données précises sur ce point d'après nos observations; cette durée est la résultante des conditions propres de la maladie, de l'état du sujet et, dans une mesure restreinte, mais certaine, de l'intervention thérapeutique. Jamais nous ne l'avons vue aussi courte que dans les cas rapportés par Unna; elle a toujours évolué dans les limites très élastiques de quelques mois à quelques années.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Si l'on envisage la durée d'un élément éruptif en particulier, d'une papule ou d'un groupe de papules, à l'exception des formes prolifératives, hypertrophiantes, en nappes ou en tumeurs, telles qu'on les observe surtout aux membres inférieurs, il est rare de les voir dépasser plusieurs mois avant d'avoir subi la régression spontanée typique, avec macule pigmentaire consécutive, qu'il faut bien distinguer de l'efflorescence elle-même, et dont elle indique, au contraire, la guérison assurée. Nous avons même vu, il y a déjà longtemps de cela, des éléments hypertrophiques des membres inférieurs disparaître *spontanément* après avoir résisté pendant longtemps aux interventions les plus diverses, et nous n'avons jamais observé un cas de lichen *généralisé* permanent, indéfiniment prolongé, à la manière de ce que l'on observe communément, par exemple pour le psoriasis.

E. B. — A. D.

guent l'une de l'autre par le type de leur aspect et de leur marche, cependant, ainsi que le démontrent l'observation clinique et l'examen anatomique, elles forment essentiellement une seule et même affection. En réalité, on les trouve très fréquemment combinées l'une avec l'autre, de façon, par exemple, que l'on voit du lichen plan sur la verge, sur la paume ou le dos de la main et sur la plante du pied, tandis que, sur le tronc, c'est plutôt du lichen acuminé (1).

---

(1) La coexistence de papules coniques et de papules aplaties sur un même sujet atteint de lichen ne saurait prouver autre chose que le non fondé du terme de *planus,* donné par Erasmus Wilson à la maladie qu'il a décrite; mais elle ne peut, en aucune façon, servir à établir que cette maladie est la même que celle à laquelle Hebra a donné le nom de *Lichen ruber*. En vain, le professeur Kaposi a-t-il donné au lichen de Hebra le qualificatif d'*acuminatus*, et a-t-il essayé de lui annexer le lichen plan ; cette incorporation, simplement basée sur le caractère morphologique d'une efflorescence, en négligeant tous les autres caractères de chacun des deux types, ne pouvait être viable; l'alliance est aujourd'hui dénoncée de toutes parts.

A l'examen des dessins de la maladie de Hebra, non moins qu'en tenant compte du tableau clinique, chacun pourra, comme nous, se convaincre que, sous le vocable de lichen ruber, Hebra a réuni des affections *différentes*, alors non classées, et dont il était, *alors*, impossible de faire la différenciation réelle.

On pourrait croire, un instant, à la fois sur le vu des dessins et sur la description dermatographique, que la maladie de Hebra n'est autre que le pityriasis rubra pilaire; mais cette piste ne peut être sérieusement suivie, puisque le lichen ruber de Hebra était une maladie « aussi obscure que dangereuse » qui avait amené la mort « dans les quatorze premiers cas observés par Hebra, tandis que la maladie de Devergie, même la plus abandonnée à elle-même, n'est jamais funeste. Cette question ne pourrait trouver de solution satisfaisante que dans la direction indiquée par Unna, qui, reprenant pour son compte la description de Hebra, déclare qu'il existe une forme morbide dont les périodes avancées répondent véritablement au type de Hebra, qu'il désigne, à présent, sous le nom de *lichen ruber neuroticus,* à cause de ses symptômes neurotiques, et pour le distinguer du lichen ruber *acuminatus* de Kaposi — Voy. Congrès de Paris, 1889. Le lichen ruber neurotique, dont la période initiale aiguë a été décrite par Unna, est bien distinct du pityriasis rubra pilaire et du lichen de Wilson; il subit dans sa fréquence des oscillations épidémiques ou des localisations régionales, ce qui expliquerait, à la fois, que le lichen de Hebra soit devenu introuvable même à Vienne, et qu'il ait pu être retrouvé à Hambourg par Unna et à Berlin par Köbner, etc. Mais, même en admettant ces dernières remarques, nous maintenons que la série des quatorze cas mortels de Hebra comprenait autre chose que des faits de lichen ruber, de quelque type que ce soit.

En l'état, l'identité des observations nouvelles qui concorderaient

Relativement à l'influence que le lichen plan peut exercer sur l'organisme général, elle paraît être beaucoup plus faible que celle du lichen acuminé. Dans un seul cas de lichen plan j'ai observé un amaigrissement assez rapide, des insomnies, des obnubilations de la vue et des douleurs de tête, tous accidents qui n'ont complètement disparu que sous l'influence du traitement (1).

Un phénomène que je dois vous citer comme accompagnant souvent le lichen ruber, c'est le prurit qui, parfois est modéré, mais qui est si violent, dans certains cas, que le sommeil en est troublé pendant longtemps. Le prurit cesse seulement quand l'éruption elle-même disparaît partout sous l'influence du traitement (2).

Dans le lichen ruber, le pronostic n'est pas favorable, en ce sens que, abandonné à lui-même, le mal ne guérit pas, mais s'étend au contraire à la totalité du corps et finit par amener un marasme mortel. C'est ce

---

avec le type de Hebra *restitué*, et dégagé de sa *compromission* avec le lichen de Wilson, est un sujet actuellement à l'étude, et sur lequel nous réservons notre jugement personnel jusqu'à ce que nous en ayions rencontré des exemples sur le vif.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La plus grande variabilité s'observe dans l'intensité de la réaction produite sur l'organisme par le lichen, à égalité d'éruption. Il est aisé de comprendre qu'une éruption très étendue, occupant de grandes surfaces du tégument, peut être accompagnée de phénomènes généraux plus intenses qu'une éruption discrète, que ces phénomènes résultent de l'efflorescence elle-même ou bien qu'ils dérivent directement de la condition pathogénique de la maladie considérée dans son ensemble. Quand ces phénomènes généraux prennent quelque intensité, il est rare que leur durée soit longue; nous les avons rarement vus très graves, jamais funestes; des éruptions intenses renouvelées peuvent exister pendant longtemps sans compromettre sérieusement la nutrition générale.

E. B. — A. D.

(2) Le prurit, dans le lichen, est généralement intense, et c'est là un bon signe de différenciation clinique, mais avec cette réserve qu'il y a des *exceptions;* on constate parfois avec étonnement que le prurit *manque* absolument, chez quelques malades, dans des cas des plus caractérisés. Très actif pendant la période floride d'un élément, il s'apaise dans le déclin et disparaît à la période maculeuse ; il peut *préluder* au lichen pendant un temps quelquefois très long. Quand on analyse avec soin les sensations éprouvées par les malades au niveau des efflorescences du lichen, on constate que le terme de prurit ne les représente que très incomplètement. Ce sont aussi des picotements, des brûlures, des élancements, des sensations énervantes variées, que le moindre grattage, le frottement des vêtements produit, et même quelquefois jusqu'à des paroxysmes violents ; ces sensations jettent quelques sujets dans un état mental voisin de l'aliénation, et il est impossible de ne pas

qui arrive, en effet, ordinairement pour le lichen acuminé et aussi pour le lichen généralisé. Les quatorze premiers malades que Hebra a observés ont tous ainsi succombé à cette affection (1). Mais depuis que, d'après l'indication de Hebra, nous avons à notre disposition une méthode de traitement efficace, nous pouvons, au contraire, porter sur le lichen ruber un pronostic favorable, puisque nous sommes actuellement en état de guérir les malades avec certitude (2), et cela avec la perspective qu'il n'y aura pas de récidive.

Je n'ai vu de récidives que chez une petite fille de quatre ans, au bout de deux ans, et chez deux adultes, après plusieurs mois (3).

---

relever les rapports étroits qui unissent le lichen à l'action nerveuse. Köbner — Zur Pathol. d. L. ruber, *Berl. klin. Wochensch.*, 1887 — en signalant avec force la nature nerveuse du « Lichen ruber » dit que T. Fox, Hutchinson et Mackensie sont les seuls auteurs qui aient soupçonné l'origine nerveuse du lichen; il n'est pas tout à fait exact, car nous ne cessons de faire constater cette origine depuis longtemps dans nos cliniques, et nous l'avions indiquée déjà en 1881, dans la première édition de cette traduction. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le lecteur sait déjà que les faits sur lesquels est basé ce pronostic sont contestables, et que la mort ne s'observe jamais, à notre avis, du fait seul du lichen. Si Hebra a perdu quatorze malades d'une dermatose, ce ne pouvait certainement pas être des malades atteints de lichen.
E. B. — A. D.

(2) Le pronostic du lichen — dégagé de ce qui a trait au type de Hebra et de Unna qui est réservé — ne présente aucune gravité pour l'existence, alors même que l'on ne suivrait pas la « méthode de traitement indiquée par Hebra ». La gravité fondamentale, l'issue funeste, ne sont pas dans le plan de la maladie, laquelle fait partie, à ce point de vue, des *grandes dermatoses bénignes*, et non des pernicieuses; il ne faut laisser subsister, sur ce point, aucune amphibologie.

Mais si le lichen de Wilson n'est pas une maladie grave pour l'existence, c'est une affection sérieuse par l'ébranlement nerveux qui la provoque ou qui l'accompagne quelquefois, par sa durée qui peut se prolonger durant des années, par sa résistance dans quelques cas, et dans quelques régions pendant longtemps aux modes de traitement les plus divers, enfin par les phénomènes d'hyperesthésie cutanée et de neurasthénie qui l'accompagnent parfois, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut. E. B. — A. D.

(3) Si le lichen est une affection à éruptions *successives, subintrantes*, ce n'est pas, typiquement, une *maladie récidivante* comme le psoriasis par exemple. — Quand la maladie est *vraiment* guérie depuis un temps assez long, deux ou trois ans par exemple, il est tout à fait exceptionnel qu'une récidive se produise. — C'est à peine si nous en pourrions produire une observation sur un nombre considérable de cas suivis par nous pendant de très nombreuses années.
E. B. — A. D.

Des causes du lichen ruber, nous ne savons absolument rien. Nous ne pouvons accuser aucune espèce de disposition constitutionnelle, puisque tous les cas observés jusqu'ici se sont montrés chez des personnes d'ailleurs parfaitement bien portantes. De plus, cette maladie n'est ni contagieuse, ni héréditaire. Mais, comme dans le psoriasis, on voit aussi dans le lichen une irritation de la peau, une égratignure d'aiguille, par exemple, amener un développement plus rapide de papules dans la région où elle s'est produite.

Lassar a récemment signalé dans le lichen ruber de petits bacilles dans les espaces lymphatiques du derme ; mais, jusqu'à présent, le fait n'a pas été confirmé (1).

Parmi les sujets atteints de lichen ruber, nous comptons deux tiers pour les hommes et un tiers pour les femmes ; la plupart étaient des personnes entre dix et quarante ans. Une seule fois j'ai observé le lichen ruber chez un enfant de huit mois ; deux fois sur des enfants de trois à quatre ans, et deux fois chez des vieillards de soixante-dix ans.

Dans ces trois dernières années, j'ai vu soixante-six cas de lichen ruber, dont dix-sept hommes et quinze femmes, à la clinique et à la consultation gratuite et trente-quatre dans la pratique privée, vingt-deux hommes et douze femmes, parmi lesquels seulement quatre cas de lichen ruber acuminé pur ; d'ailleurs, il s'est toujours agi de cas de lichen ruber plan, soit seul, soit mélangé de lichen ruber acuminé. Une fois j'ai vu du lichen ruber avec du psoriasis, une autre fois avec une syphilide papuleuse annulaire chez le même individu ; dans un autre cas, il survint de grosses bulles sur des papules de lichen récentes, de sorte que, pendant plusieurs semaines, on pouvait confondre la maladie avec du pemphigus (1).

---

(1) Lassar ne tient peut-être plus beaucoup à ses recherches de bactériologie sur le lichen ; elles ont été, d'ailleurs, suffisamment réfutées par Köbner — *loc. cit.* — qui, en observateur consommé, établit sur des bases multipliées la nature ou l'origine nerveuses du lichen. Ces démonstrations sont conformes à nos observations cliniques, et rien n'est aussi facile que de contrôler leur réalité dans la majorité des cas de lichen. Mais nous disons dans la majorité, non dans la totalité des cas ; défenseurs convaincus de la théorie nerveuse du lichen, nous avons rencontré plusieurs cas dans lesquels il était impossible de déceler la moindre trace d'état névrotique à un point de vue quelconque. C'est donc une question à poursuivre, en prenant note de l'importance qu'il y a à faire l'examen de l'état nerveux des sujets atteints de lichen par tous les procédés d'exploration de ce système aujourd'hui connus. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Il faut, dans les observations de ce genre, séparer les *coïncidences* morbides des *complications ;* le psoriasis et les syphilides sont

Chez des sujets morts à la suite du lichen ruber, l'autopsie n'a rien révélé qui pût expliquer d'une manière positive cet état de marasme qui se termine par la mort.

Relativement aux modifications anatomiques de la peau, elles ont

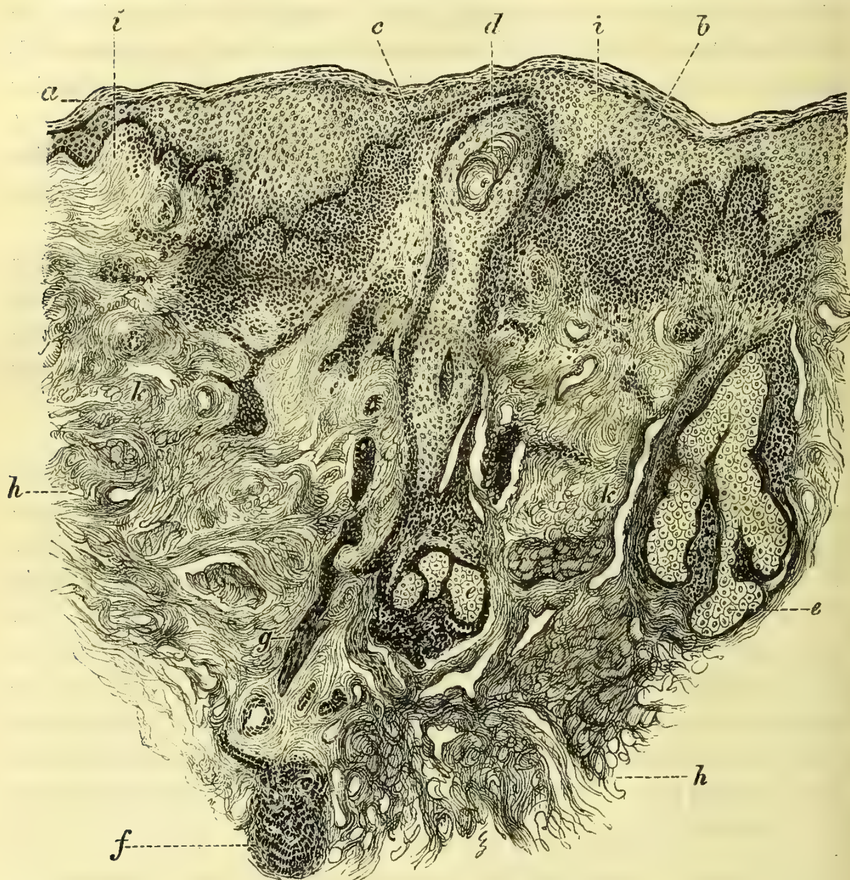


Fig. 26.

Lichen ruber plan. Papule primaire, coupe verticale (faible grossissement).

a épiderme, *ii* district de la papule sur laquelle le réseau *i* est élargi. Infiltration cellulaire des papilles et de la partie supérieure du chorion en *b*, tout autour, les vaisseaux qui accompagnent le follicule pileux *c*, les glandes sébacées *ee*, et le conduit excréteur des glandes sudoripares, *f* peloton glandulaire normal, *hh* tissu conjonctif normal du chorion, dans lequel on voit en *kk* des vaisseaux sanguins sans infiltration cellulaire concomitante.

été soigneusement étudiées par Hebra d'abord, et, plus tard, par diffé-

---

assez communs pour se rencontrer quelquefois avec le lichen; mais le processus névrotique du lichen peut donner lieu, chez quelques sujets, à des troubles paratypiques tels que l'urticaire — Köbner — et des lésions bulleuses pemphigoïdes, ou même zostéroïdes — Karewski, cit. Köbner. E. B. — A. D.

rents auteurs (Neumann, Biesiadecki, Obtulowic et moi-même). Nous avons tous constaté que la maladie a son siège principal dans les follicules pileux et dans le tissu périfolliculaire le plus immédiat; c'est, essentiellement, une hyperplasie des cellules de la gaine externe de la racine à la partie inférieure de la tige du poil, une excroissance de cette gaine en forme de prolongement avec dilatation consécutive, ampulliforme, des follicules pileux, ainsi qu'une infiltration cellulaire des papilles qui environnent le follicule, et une prolifération du réseau muqueux qui les recouvre. Cet état anatomique n'a rien de caractéristique pour le lichen ruber. Ainsi, ces excroissances des enveloppes de la racine en forme de prolongements pénétrant dans le chorion ont été trouvées également dans d'autres maladies inflammatoires chroniques de la peau, dans le prurigo (Derby), dans la dermite chronique, l'eczéma chronique. Au niveau de l'ombilic des diverses papules dans le lichen ruber plan, le corps papillaire se montre atrophié sur l'étendue de plusieurs papilles, et Biesiadecki a fait remarquer que ce point ne correspond pas à l'orifice du follicule pileux, mais à l'insertion du muscle redresseur du poil, lequel, dans l'opinion de cet auteur, se trouve dans une sorte de tétanos persistant. Il est certain qu'à la première période du lichen ruber acuminé, la peau du corps entier présente parfois un état que l'on retrouve dans le lichen pilaire, c'est-à-dire que le follicule pileux fait saillie en avant par le fait de la contracture du muscle redresseur du poil. Les papilles qui environnent le centre atrophique, et plus tard d'aspect cicatriciel, de chacune des papules présentent une dilatation des vacuoles et des vaisseaux et une infiltration cellulaire, et reviennent ensuite à l'état normal (1).

Cet état anatomique ne donne toutefois pas un éclaircissement suffi-

---

(1) Cf. — Héguy, Étude s. le L. planus (histol. par Balzer), *Thèse de Paris*, 1880 — F. Lavergne, *Thèse de Paris*, 1883 — Veyl, Köbner, Bender, Caspary, Crocker, Balzer, Robinson, C. Bœck, Darier, etc., 1883-1889, et en dernier lieu L. Török, *Monatshefte*, *Congrès de Paris*, trad. franç. intégrale *in Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1889, p. 162. De tous ces travaux ressort, fait très important et capital *nosologiquement*, que le lichen est simplement une affection primitivement chorionique et bien distincte, ainsi que nous ne cessons depuis de longues années de l'établir, à la fois des kératoses et des affections catarrhales ou épidermodermiques auxquelles appartiennent tous les pseudo-lichens dont on a encombré la nomenclature dermatologique.

Voici les conclusions du travail de Török :

1° La papule du lichen plan ne manifeste son existence, aux premières phases, que par des phénomènes d'inflammation appréciables dans les couches supérieures du chorion. A ce moment-là, pas encore de prolifération de l'épithélium. Ensuite, ou bien les phénomènes d'inflammation s'étendent à la périphérie pendant que les parties médianes, les premières atteintes par

sant sur l'essence de la maladie. Il s'agit certainement d'un trouble de nutrition, essentiellement grave, qui se manifeste par l'altération locale considérable des tissus (atrophie) et par le marasme général qui survient plus tard. Peut-être l'idée émise par Biesiadecki, que la paroi des vaisseaux papillaires se transforme en tissu colloïde, a-t-elle, à cet égard, une importance toute spéciale.

J'ai actuellement en observation une forme remarquable de maladie, représentée par un lichen ruber plan chez un homme de quarante-cinq ans. Le cou et la nuque, les régions scapulaire et axillaire, le pli des coudes et le creux des jarrets, le bas-ventre et les fesses sont envahis par des bourrelets semblables à du xanthome et à de la kéloïde; bourrelets rouges, saillants en forme de cordons, d'arêtes et de boudins, dont la crête a un aspect jaunâtre brillant, aplatis et très durs; à certains endroits ils sont uniformes, mais en général entaillés à des intervalles réguliers comme un collier de corail, ils ressemblent à des cicatrices hypertrophiées de brûlure.

Ils suivent dans leur direction principale des lignes parallèles à l'axe longitudinal du corps et siègent surtout dans la profondeur des articulations, ainsi qu'au cou et à la nuque, partout reliés entre eux par des barres obliques et transversales, formant dans leur ensemble des réseaux larges, sauf en quelques points où ils sont très étroits. Le voisinage le plus immédiat de ces foyers kéloïdiens réticulés, ainsi que les districts de la peau situés entre les mailles des réseaux sont occupés par des papules caractéristiques de lichen plan, d'un rouge foncé jusqu'au rouge brun, les unes en amas compacts, les autres disposées en forme de raies ou disséminées, et toute la région fessière apparaît envahie par une plaque pigmentée diffuse, brun-sépia. Dans la région voisine de cette plaque, vers le sacrum et la face postérieure de la cuisse, il y a de

---

la maladie, se guérissent — L. annulaire — ou bien il arrive, à la suite de la diminution des phénomènes inflammatoires dans les parties supérieures du chorion, une hyperplasie de l'épiderme.

2° L'ombilication des plus petites papules est causée par le fait que leur partie médiane est retenue par un conduit sudorifère, plus rarement par un canal folliculaire, tandis que les parties avoisinantes sont soulevées par la tuméfaction du corps papillaire.

Les affaissements centraux des grandes papules sont causés par la régression du corps papillaire produit par l'élargissement de l'épithélium, par l'épaississement de la couche cornée et la desquamation de ses parties supérieures. La surface au-dessous du niveau des plaques annulaires doit son existence à l'atrophie du corps papillaire.

Dans quelques papules du lichen, on trouve des petits corps homogènes, qui, probablement, doivent être regardés comme une production hyaline du tissu conjonctif ou de l'exsudat.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

nombreuses papules de lichen, tandis que, entre les papules, on ne voit que des taches pigmentaires punctiformes. Sur le bas-ventre, il en est de même; en même temps, il existe de nombreux bourrelets kéloïdiformes qui présentent ici un aspect très dentelé. Le raphé du scrotum est envahi par un seul bourrelet épais, la moitié droite de celui-ci par de plus petits cordons.

A un examen plus attentif on constate que, dans ce cas, les petites papules de lichen se transformaient en nodosités dures, à facettes plus volumineuses, atteignant le volume d'une petite lentille; et c'est une hyperplasie semblable des papules disposées en séries qui a donné lieu au développement des gros bourrelets entaillés. L'examen histologique a aussi démontré que la constitution anatomique des nodosités et des portions de cordon était la même que celle des petites papules de lichen. — Je crois qu'il faut désigner cette forme, qui sûrement n'a pas encore été observée, sous le nom de *lichen ruber en collier de corail* (1).

L'étude des phénomènes intimes montre en même temps que, pour le lichen comme pour le psoriasis, l'infiltration cellulaire, le travail inflammatoire dans le chorion et dans la couche papillaire représentent la partie essentielle du processus, et qu'il est tout à fait erroné de le ranger parmi les épidermidoses, comme l'a fait Auspitz ; chez un malade, j'ai même vu une rougeur diffuse et de la chaleur de la peau précéder chaque poussée aiguë de papules. Dans l'état régulier, l'infiltrat des papules arrive rapidement à la métamorphose graisseuse, peut-être colloïde ou semblable à de la cire, puis disparaît, ce qui entraîne l'atrophie des parties atteintes. Mais, dans ce cas exceptionnel, l'infiltration, qui est d'ailleurs limitée à un foyer presque imperceptible, se développe au point de former des nodosités du volume d'un pois, même d'une cerise.

La coloration jaunâtre lardacée des gros bourrelets, des anciens et même d'autres plus petits, qui pourrait les faire confondre avec du xanthome, est probablement le résultat de la transformation graisseuse ou céroïde, et l'on est par conséquent en droit d'espérer que même les bourrelets pourraient disparaître comme les papules ordinaires de lichen ; ce que seule l'observation ultérieure pourra apprendre.

J'ai encore observé, dans le sens opposé, une terminaison anormale du lichen ruber. Chez une femme de quarante-cinq ans, je vis dans la zone des régions claviculo-cervicale, du dos et de la cuisse droite, des cicatrices réticulées, étendues, plates et légèrement déprimées, d'un

---

(1) Voy. Dubreuilh. Lichen plan en bandelettes anastomosées, *Annales* de la Polyclinique de Bordeaux, janvier 1889. E. B. — A. D.

aspect blanc brillant, et entourées d'un liséré brun rouge. Je pensais à des cicatrices de lupus érythémateux. Ce ne fut qu'après une observation de plusieurs mois que des papules de lichen ruber apparurent au voisinage de la limite de la maladie et sur d'autres points du corps, et il devint évident qu'il existait là du lichen ruber, et que, dans ce cas, au lieu d'une atrophie limitée à de petits foyers de la peau et d'une coloration brun-sépia, comme on l'observe en général, on avait affaire à des cicatrices étendues, ponctuées et réticulées, d'un blanc brillant, provenant du lichen (1).

Le diagnostic du lichen ruber est, il est vrai, toujours assuré par les caractères cliniques prononcés qu'il présente ; mais cependant, en raison de la rareté de la maladie, il est assez difficile pour des médecins peu expérimentés.

Dans la période de formation des papules à l'état disséminé, le lichen ruber acuminé peut être confondu avec le psoriasis ponctué ou avec l'eczéma papuleux. Les papules plates du psoriasis se développent en peu de jours, en taches caractéristiques de la grandeur d'une lentille, squameuses, tandis que les papules saillantes, coniques, du lichen ruber, persistent sous cette forme, et celles de l'eczéma papuleux reprennent rapidement le caractère de l'eczéma, ou bien se développent en vésicules. Le lichen ruber, sous forme de rougeur diffuse et d'épaississement de la peau, est encore plus facile à confondre avec l'eczéma chronique et le psoriasis diffus. Dans ces cas, on recherchera, dans le voisinage de ces foyers de rougeur diffuse, les efflorescences primitives caractéristiques du lichen ruber.

Dans le lichen ruber généralisé, le diagnostic différentiel d'avec le psoriasis généralisé est extrêmement difficile. En général, dans le lichen ruber, la production de squames est relativement faible et la peau est considérablement épaissie, tandis que, dans le psoriasis, il y a toujours

---

(1) Voy. HALLOPEAU. Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophique. Leçon d'ouverture, *in Union médicale*, mai 1887.

Ultérieurement, HALLOPEAU et DARIER ont proposé, comme plus applicable à ces faits, la dénomination de *L. pl. scléreux*. — Voy. *Réun. hebd. des méd. de Saint-Louis*, 1889. Nous acceptons cette dénomination comme applicable à une *variété* plutôt qu'à une *forme* du lichen plan ; il ne s'agit, en réalité dans ces cas, que de l'amplification accentuée et de la prédominance de l'atrophie régressive des éléments du lichen plan que l'on observe assez souvent d'une manière partielle au milieu d'une éruption ordinaire. On trouve surtout des exemples de cette disposition dans l'évolution régressive des éléments que l'on peut rencontrer à la langue ou encore à la paume de la main, laquelle est généralement indemne, mais non constamment.

E. B. — A. D.

une grande quantité de squames épidermiques détachées, en même temps que, sur d'autres points, elles sont accumulées en couches épaisses sur la peau. En outre, le psoriasis, même au plus haut degré de son développement, disparaît temporairement sur certains points, de telle sorte que l'on peut de nouveau voir quelques îlots de peau parfaitement saine. Enfin, la paume de la main et la plante du pied ne sont pas envahies, même dans le psoriasis généralisé, ou elles ne le sont jamais aussi fortement que dans le lichen ruber.

L'eczéma chronique généralisé est beaucoup plus facile à discerner du lichen ruber, parce que l'on rencontre sur beaucoup de points les symptômes caractéristiques de l'eczéma, du suintement, etc.

Le pityriasis rubra généralisé pourra facilement être différencié du lichen ruber, parce que, dans le pityriasis, il n'y a pas d'infiltration de la peau, qui, au contraire, paraît amincie, atrophiée même, et ne produit que des lamelles très minces et des pellicules en forme de son.

Pour ce qui est du lichen ruber plan, de ses éruptions disséminées ou figurées de papules ombiliquées, et de sa forme en plaques déprimées à leur centre, on le confond très souvent, à tort, avec la syphilide papuleuse, d'autant plus que, dans le lichen ruber, le gland est habituellement le siège d'efflorescences.

Je dois vous renvoyer aux signes caractéristiques, que j'ai décrits plus haut en détail, de ces papules et de ces plaques polygonales, à leur aspect brillant et cireux, au petit ombilic que présente chaque efflorescence, à leur état de sécheresse, même lorsqu'elles sont localisées sur les parties génitales. Quoi qu'il en soit, l'appréciation exacte d'un cas pathologique de ce genre exige une grande attention. Le diagnostic est particulièrement difficile, quand le lichen ruber commence à la paume de la main, parce que les papules ne font pas une saillie distincte et sont peu caractérisées. On peut éviter la confusion avec la syphilide palmaire, par l'aspect corné des callosités et le prurit intense; mais il est encore moins facile de se tromper en ce qui concerne l'eczéma et le psoriasis (1).

Le traitement à opposer au lichen ruber est très nettement indiqué. Tandis que, dans les quatorze premiers cas de Hebra, les remèdes internes et externes les plus variés se sont montrés sans effet et im-

---

(1) Le diagnostic du lichen vrai reste encore difficile pour les médecins dont l'éducation médicale remonte à une époque un peu reculée, en fait, pour la majorité. Communément, il est confondu avec les syphilides papuleuses, ou bien il n'est fait aucun diagnostic ferme. — En fait, ce diagnostic est, le plus ordinairement, d'une grande facilité; les élèves de l'hôpital Saint-Louis y sont rompus au bout de quelques semaines. Restent les difficultés de quelques cas particuliers, des formes aiguës

puissants à empêcher la terminaison fatale de la maladie, tous les malades qui se sont présentés depuis lors ont été guéris par l'usage de l'arsenic, administré suivant la méthode expérimentée et recommandée par Hebra. Aussi, pouvons-nous maintenant promettre, avec la plus complète certitude, la guérison à tous les malades atteints de lichen ruber, sauf à ceux qui sont arrivés au degré le plus élevé du marasme consécutif, au lichen ruber généralisé (1).

Chez les enfants, je préfère donner la solution de Fowler à la dose de deux gouttes par jour, et aller en augmentant très lentement. Chez les adultes, nous prescrivons l'arsenic sous la forme de pilules asiatiques ou en injections hypodermiques de solution de Fowler suivant les règles que nous avons indiquées pour le traitement du psoriasis.

En général, on ne peut voir aucune amélioration avant six à huit semaines, c'est-à-dire quand le malade est arrivé à avoir pris 200 à 500 pilules; il se produit toujours, pendant ce temps, de nouvelles poussées assez considérables, tandis qu'il ne disparaît qu'un petit nombre d'efflorescences anciennes. Ce n'est que quand on est arrivé à 500 ou 600 pilules que les papules disparaissent d'une façon plus notable et que les nouvelles efflorescences sont plus rares. Mais il en reparaît toujours de nouvelles pendant les dernières périodes de la maladie et alors même que les anciennes éruptions ont complètement disparu. Aussi avons-nous l'habitude d'administrer l'arsenic à doses modérées, environ six pilules par jour, par exemple, pendant trois ou quatre mois après la disparition complète de l'éruption.

On commence le traitement par trois pilules chaque jour; on augmente tous les quatre ou cinq jours d'une pilule jusqu'à huit ou dix par jour; on laisse le patient à cette dose jusqu'à ce que l'affection ait presque entièrement disparu, puis on descend progressivement à six pilules, dose à laquelle on maintient le malade encore pendant trois à quatre mois à dater du moment où la guérison a été constatée.

---

diffuses, ou des variétés rares; il faudra toujours, pour se reconnaître parmi elles, avoir pris connaissance de leurs caractères, avoir une bonne méthode dermatologique, examiner la totalité du corps, y compris les cavités muqueuses, tenir compte de la marche, de la durée, des localisations, etc. Les éliminations doivent surtout porter sur les eczémas papuleux, le psoriasis discret, le pityriasis rubra pilaire, les syphilides; c'est à chacune de ces affections qu'est reportée l'étude de ces différenciations. E. B. — A. D.

(1) Nous avons déjà exposé assez de fois les raisons qui doivent faire éliminer du lichen les « quatorze premiers cas de Hebra », pour ne pas y revenir encore; le lecteur est suffisamment averti.

E. B. — A. D.

Dans les cas moyens de lichen ruber, les malades prennent en tout de 800 à 1,500 pilules. Cependant, il y a des malades auxquels j'en ai fait prendre jusqu'à 3,000, et j'en connais un dont le lichen ruber généralisé n'a complètement disparu qu'après un traitement non interrompu de deux années, pendant lesquelles il prit environ 4,500 pilules.

Il m'a semblé qu'il n'était pas superflu de vous citer ces exemples, parce que de jeunes médecins pourraient, dans leur pratique, reculer devant cette médication arsenicale, qui les effraierait, s'ils n'étaient éclairés sur les faits réels (1).

J'ai eu l'occasion, à la Société des naturalistes de Gratz, de voir jusqu'à quel point l'organisme peut s'habituer à supporter des doses d'arsenic méthodiquement augmentées. Le docteur Knapp a présenté là deux « *mangeurs d'arsenic* », qui absorbaient chacun en une seule fois un morceau d'arsenic de 25 centigrammes, et même de 50 centigrammes, et qui affirmaient en prendre autant tous les quinze jours.

En suivant la méthode que j'ai décrite, c'est-à-dire en augmentant et diminuant progressivement les doses, et en les maintenant au point où elles agissent d'une manière visible, il ne peut y avoir aucun inconvénient pour le malade.

---

(1) Nous sommes de ceux qui reconnaissent l'action de l'arsenic administré dans le lichen à dose suffisante; mais on sait surabondamment que certains cas restent *indifférents* à la médication arsenicale la plus excessive, et que beaucoup guérissent sans arsenic. Notre conviction personnelle est que le patient qui a ingéré 4,500 pilules asiatiques aurait pu guérir à moins de frais arsenicaux. De même que d'autres observateurs, nous avons laissé sans arsenic un grand nombre de cas de lichen; les malades n'en ont pas moins guéri, *et aucun n'a périclité.*

L'arsenic est, dans beaucoup de cas de lichen, un excellent moyen de traitement; mais il échoue dans un grand nombre, et ce n'est *jamais* une question d'existence de ne pas le donner. Quant aux doses, elles ne peuvent pas être fixées d'avance ; quelle que soit la voie d'introduction du médicament, la mesure est déterminée par la tolérance du sujet et par le mode d'action constaté; lorsque les *doses tolérées* ont été atteintes, qu'elles ont été administrées pendant quelques semaines et surtout quelques mois sans succès, loin de dire aux jeunes médecins de persévérer, nous leur conseillons plutôt de cesser une médication qui n'empêchera pas le malade de guérir, mais qu'il n'est pas légitime de poursuivre, si elle est sans objet.

Il n'y a pas de méthode de traitement du lichen; il y a des malades à traiter, chacun selon sa condition individuelle propre, et guidé par une connaissance suffisante des causes probables, de l'état des organes et des fonctions, et par l'observation de ses *aptitudes* médicamenteuses aussi bien *intus* que *extra;* aucun médicament spécifique interne ne s'impose; l'arsenic est celui dont l'action est le moins contestable, rien autre.

E. B. — A. D.

Les injections sous-cutanées de solution de Fowler que j'ai, comme Köbner, employées à plusieurs reprises et avec de très bons résultats contre le lichen ruber, ont en général une action rapide. Quinze à vingt injections d'une dose complète de solution de Fowler, 4 grammes, pour eau distillée 20 grammes, et répartie sur vingt à trente jours, suffisent quelquefois pour faire disparaître l'éruption ; on peut employer aussi l'arséniate de soude 0,1, pour eau distillée 10, depuis un quart de seringue jusqu'à une seringue entière. Cependant, j'ai observé plus souvent, après une cure d'injections, de l'œdème des paupières, une sensation de chaleur et de brûlure dans la peau et des taches pigmentaires intenses analogues à des taches de rousseur et à du chloasma, ainsi que des récidives rapides.

Des doses élevées font disparaître rapidement le lichen ruber. Un de mes malades avait pris par erreur, dans l'espace de quatre semaines, 600 pilules asiatiques, c'est-à-dire 4 gr. 5 d'arsenic blanc, sans éprouver d'inconvénients, excepté un malaise spécial dans le bas-ventre. Mais le lichen ruber, qui existait depuis huit mois, avait complètement disparu au bout de quinze jours.

Cependant, il est évident qu'il faut se garder de donner des doses pouvant avoir une action toxique.

Chez certains malades, l'expérience a démontré qu'il est préférable d'administrer des doses minimes, au plus cinq pilules asiatiques chaque jour, en descendant graduellement jusqu'à deux pilules.

Relativement à la sensation, souvent très pénible, de prurit et à l'insomnie qui en résulte, le meilleur moyen de la combattre est de faire localement des badigeonnages au pinceau avec l'acide phénique ou salicylique (1 gramme pour 40 grammes d'alcool et 1 gramme de glycérine), de saupoudrer la peau avec de l'amidon, d'avoir recours aux bains et aux douches de vapeur, aux onctions avec de la graisse simple, ou à des pommades, composées d'acide phénique ou salicylique, ou d'oxyde de zinc. Cependant, en général, la démangeaison ne cesse qu'au moment où la maladie a une tendance manifeste à disparaître partout.

Les badigeonnages de goudron m'ont paru peu efficaces contre le prurit et contre le lichen lui-même ; les bains sulfureux, de soude, d'alun, de sublimé, n'ont pas semblé plus actifs.

Des dermatologistes américains ont recommandé l'acétate de potasse, à la dose quotidienne de 5 grammes pour 150 grammes d'eau distillée, comme un remède particulièrement efficace contre le lichen ruber, et spécialement contre le lichen ruber plan ; ils prétendent que, par ce moyen, le lichen a entièrement disparu dans un espace de trois à six semaines. Je n'ai pu constater cette action favorable.

Unna a guéri dans l'espace de trois semaines toute une série de cas de lichen ruber, sans aucun traitement interne, purement et simplement avec des frictions d'une pommade composée ainsi qu'il suit : sublimé corrosif, 1 gramme ; acide phénique, 20 grammes ; onguent simple, 500 grammes, avec laquelle il fait frictionner les parties malades deux fois chaque jour, et en enveloppant ensuite le malade dans de la laine après l'avoir mis dans son lit. Bockhart et Touton confirment ces résultats.

J'ai traité exactement, d'après cette méthode, des cas de lichen ruber acuminé et des cas de lichen plan, généralisés ou limités certaines régions, à l'hôpital où ils étaient maintenus au lit, ainsi que dans la clientèle privée, et je n'ai malheureusement jamais obtenu le moindre résultat de cette pommade.

Mais quelquefois l'emploi d'une pommade pyrogallique à 10 p. 100 peut amener une furfuration rapide et un affaissement des plaques du lichen ruber plan (1). Beaucoup plus souvent cependant, les

---

(1) La grande confiance inspirée aux médecins par la parole de Hebra, sur la valeur de la *médication interne*, de l'arsenic, dans le traitement du lichen, les a, vraisemblablement, détournés des applications externes qu'ils ne faisaient pas, il y a peu de temps encore, avec assez d'énergie. Nous laissons de côté les cas relatifs à certains faits de lichen aigu type Unna, pour nous en tenir à l'immense majorité des faits de lichen type Wilson et variétés nouvelles ; dans un grand nombre de ces cas, le patient étant d'ailleurs traité en général selon ses conditions individuelles, l'usage des agents de la *médication externe* a une importance considérable. Les frictions de pommade pyrogallique de 5 à 10 p. 100, convenablement faites, dirigées et surveillées, agissent quelquefois très rapidement; les emplâtres pyrogalliques peuvent être utilisés, mais avec une action moindre et une application malaisée, quand la maladie est très étendue.

Quand on veut attaquer par les emplâtres des groupes cohérents, le meilleur et le plus actif est l'emplâtre de Vigo; mais si de grandes surfaces sont couvertes, la surveillance et la prophylaxie attentive des accidents hydrargyriques sont indispensables.

Quelques sujets ne supportent aucune de ces applications, soit parce qu'elles exaspèrent l'hyperesthésie cutanée, soit parce qu'elles irritent la peau, et donnent lieu, chez certains, à une véritable érythrodermie exfoliante secondaire, ou à des dermites à extension rapide; cela veut dire que le médecin doit surveiller ses malades et s'abstenir de conseiller une médication énergique quand il ne peut pas en surveiller et en diriger l'application. Dans ces cas divers, il aura recours aux agents anodins de la médication externe; glycérolés, gélatines médicamenteuses, onguents de zinc, emplâtre diachylon simple, etc., etc.

Souvent enfin, on retirera le plus grand avantage de l'emploi des *bains prolongés*, simples ou médicamenteux au borax, au tannin, au goudron, etc.

plaques épaisses qui surviennent si fréquemment aux jambes résistent fréquemment pendant des mois et des années à tout traitement local et général, tandis que l'ensemble de l'éruption a disparu depuis longtemps (1).

J'ai déjà vu, dans plusieurs cas, la maladie récidiver quelques mois ou bien un à deux ans après la guérison complète; dans un cas même, il y eut trois récidives (2).

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

2. DERMATOSES PRURIGINEUSES

ECZÉMA.

Définition. — Polymorphie et variabilité des symptômes. — Marche typique de l'eczéma aigu. — Eczéma chronique. — Lésions anatomiques fondamentales. — Formes à localisation spéciale. — Impétigo. — Eczéma marginé. Diagnostic.

L'eczéma (ἐκ-ξέω), bouillonner, *effervescere*, dartre humide, est une maladie à marche fréquemment aiguë, mais cependant le plus souvent chronique, qui s'accompagne de prurit et se présente tantôt sous forme de papules, de vésicules et de pustules irrégulièrement disséminées ou fortement serrées les unes contre les autres, tantôt sous forme d'une rougeur diffuse et d'une tuméfaction de la peau, dont la surface devient aussitôt squameuse ou humide, ou bien se recouvre de croûtes jaunes semblables à de la gomme.

A cette polymorphie de l'eczéma, que nous venons d'esquisser, se

(1) Quand les grands conglomérats, ou les conglomérats tuberculiformes du lichen végétant, corné, etc., des membres inférieurs ont résisté au savon mou de potasse, aux emplâtres pyrogalliques ou mercuriels, on en peut aisément obtenir la terminaison à l'aide de la rugination ou de la destruction électro-caustique. E. B. — A. D.

(2) Les récidives sont possibles, mais elles seront jugées *très rares* par ceux qui ne confondront pas les poussées successives, ou *rechutes*, dans une même série très prolongée, avec de *véritables récidives* après guérison confirmée. D'après notre observation, il est presque aussi rare de voir récidiver véritablement le lichen que de voir *ne pas* récidiver un psoriasis. E. B. — A. D.

joint encore une grande variabilité dans les symptômes. Aussi, beaucoup de médecins et d'auteurs ne sont-ils pas encore arrivés à se convaincre de l'homogénéité de toutes les formes de l'eczéma, dont ils considèrent un grand nombre comme étant des maladies particulières.

Et cependant on arrive à partager la manière de voir qui a cours dans notre école, relativement à l'ensemble de l'eczéma comme entité morbide, si l'on considère, non pas les formes seulement, mais toutes les circonstances, les symptômes, la marche, les causes, l'historique de toute cette affection. On voit alors, en effet : 1° que, très souvent, les formes de l'eczéma que nous avons énumérées existent simultanément les unes à côté des autres sur la peau ; 2° que, pendant la durée de la maladie, les différentes formes sont constamment en voie de transformation, de l'une à l'autre ; 3° que nous sommes toujours à même de déterminer artificiellement, sur un point quelconque de la peau et sur le premier individu venu, toutes les variétés de l'eczéma, avec leur polymorphie et leurs transitions (1).

---

(1) On comprend à la rigueur que, dans l'état encore si imparfait des connaissances anatomiques et physiologiques sur les processus irritatifs de la portion épidermodermique de la peau, un terme commun serve de radical à la dénomination de *lésions* du genre de celles que l'on observe dans ce que l'on appelle « eczéma » ; mais il n'est pas admissible de déclarer encore aujourd'hui que *l'eczéma*, comprenant tout ce qui va être décrit sous ce nom, constitue une « *entité morbide* ». Il est permis, dans une certaine mesure, de comparer, ainsi que le fait l'auteur, les irritations du réseau de Malpighi produites par l'application des révulsifs, à la *lésion* de la *maladie* appelée eczéma ; mais assimiler les deux choses comme si elles étaient vraiment identiques, dépasse, à notre sens, cette mesure.

Nous ne croyons pas avec l'auteur « que nous sommes toujours à même de déterminer artificiellement, sur un point quelconque de la peau, et sur le premier individu venu, toutes les variétés de l'eczéma avec leur polymorphie et leurs transitions ». Il y a toute une série des affections que l'auteur va appeler eczéma qui ne peuvent être déterminées artificiellement, et, dans les cas où l'application des irritants réalise des lésions *eczématoïdes*, ce n'est pas pour cela un eczéma vrai qui a été produit. C'est un simulacre d'eczéma et non pas l'eczéma que provoque, par exemple, l'application de l'emplâtre du thapsia ; c'est chez *certains sujets* seulement qu'un eczéma véritable pourra *succéder* au simili-eczéma, avoir été préparé par lui. On ne doit pas confondre ici l'agent provocateur, la *lésion* artificielle initiale, avec la *maladie* que pourra réaliser, à sa suite, l'organisme individuel, mais qu'il ne réalisera et qu'il ne renouvellera que le *moins ordinairement*, et dans des conditions déterminées. Est-ce que les innombrables sujets qui irritent leur peau avec les emplâtres, les vésicatoires, les pommades, etc., et qui ont, à la suite de ces applications, des épidermites ou des dermites,

Prenons pour point de départ cette dernière circonstance, et examinons les phénomènes qui se manifestent sur la peau après qu'elle a été artificiellement irritée par la brûlure, par une pommade soufrée, la teinture d'arnica, la térébenthine, ou enfin par une cause quelconque.

Ici, c'est de la nature, de l'intensité et de la durée de l'irritation, ainsi que de l'irritabilité individuelle de la peau que provient la forme de l'eczéma qui va se produire, papules, vésicules, rougeur diffuse avec formation de squames, ou bien suintement ; et c'est de l'irritabilité de la peau et de l'application unique ou répétée de la substance irritante que dépend la marche aiguë ou chronique de l'eczéma.

Dans les cas d'irritation légère, on voit immédiatement s'élever des papules irrégulièrement disséminées, grosses comme une tête d'épin-

---

ont de l'eczéma proprement dit ? Chacun sait que non et que, dans l'immense majorité des cas, l'irritant ôté, l'irritation cesse et s'éteint spontanément et rapidement. C'est chez la minorité seulement que ces excitations déterminent un eczéma véritable, c'est-à-dire une affection constituée, et il faut toujours, pour sa réalisation, que l'individu soit dans une condition particulière d'*intolérance tégumentaire*, dont la source est ailleurs, et dont les origines sont multiples, nous aurons soin de l'indiquer.

Ce n'est pas tout, si nous laissons de côté la lésion des « eczémas » pour envisager leurs causes, leur nature, leur marche, leur traitement, etc., nous trouvons, dans la série très nombreuse des affections rangées sous cette classification uninominale, des individualités morbides nettement différenciées, et qu'il est abusif de réunir dans le même cadre. Ainsi usité à des fins illimitées, le terme d'eczéma devient un comble de banalité et arrive à occuper la place qu'avait autrefois en médecine et que conserve dans le vulgaire le mot de « dartre ». Par force majeure, le moment ne peut être éloigné où il faudra démembrer ce groupe composite et entreprendre pour l' « eczéma » le travail de revision et d'épuration en cours d'exécution pour la série entière des affections de la peau. Il faudra faire pour l'eczéma ce que l'on a fait pour l'herpès, le pemphigus, le lichen, etc., qui auront bientôt, pour le plus grand profit de la précision du langage dermatologique, perdu la signification illimitée et purement objective qui leur avait été abandonnée, et dont les dénominations s'appliqueront à des *maladies* individualisées, c'est-à-dire des objets entiers et définis, et non plus, à la fois, à des lésions et à des symptômes appartenant à des maladies complètement distinctes.

En attendant, il faut déclarer clairement que ce que l'on appelle, aujourd'hui, eczéma est tantôt une *lésion* irritative simple d'origine banale, tantôt un *état pathologique constitué*, évoluant à la faveur de conditions individuelles, mais provoqué et entretenu par des éléments extrinsèques, parasitaires, etc. ; tantôt enfin une *maladie* proprement dite, liée à des conditions morbides intrinsèques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

gle, pâles ou rouges, dures, qui sont le siège d'un violent prurit et forcent le malade à se gratter, — *eczéma papuleux.*

Leur nombre s'augmente dans l'espace des premières heures ou du premier jour par l'apparition de nouvelles papules. Ces papules s'affaissent rapidement et disparaissent par exfoliation (desquamation). Quand l'irritation a été plus intense, les papules se développent par le fait de l'augmentation de leur contenu séreux en vésicules claires comme de l'eau, — *eczéma vésiculeux.* Les vésicules elles-mêmes peuvent s'affaisser dans le délai de quelques jours par l'évaporation ou la résorption de leur contenu et disparaître par desquamation. Mais, si l'irritation a été plus prolongée ou plus intense, la peau devient immédiatement, sur une étendue plus ou moins considérable, le siège d'une rougeur diffuse; elle se tuméfie, elle est brûlante, douloureuse, œdémateuse, — *eczéma érythémateux.* L'eczéma, alors même qu'il a atteint ce degré, peut encore disparaître dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, en laissant après lui une desquamation modérée, pityriasique, et une tache pigmentaire. Enfin, dans le cas où l'irritation a été extrêmement violente, sur la peau qui est le siège d'une rougeur diffuse et d'un gonflement considérable, on voit apparaître des vésicules et des phlyctènes étroitement serrées les unes contre les autres, — *eczéma vésiculeux*, qui, pour la plupart, se rompent très promptement ou que le malade déchire par le grattage, et qui laissent alors échapper leur contenu liquide en gouttes claires. C'est là l'eczéma humide ou sécrétant, — *eczéma humide.* Si l'on vient à soulever ou à enlever mécaniquement par le frottement les parois de ces vésicules, la surface de la peau ainsi mise à nu offre une couleur rouge foncé; elle montre le réseau muqueux dénudé et présente de petites dépressions correspondant aux vésicules détruites (état ponctué, Devergie), — *eczéma rubrum.* Le liquide de l'eczéma sort alors abondamment. Il est jaune clair, ressemblant à du blanc d'œuf, collant, à réaction neutre et, par la chaleur ou par l'addition d'acide nitrique, il laisse déposer des flocons d'albumine. C'est du sérum du sang et non un produit de sécrétion pathologique ou « âcre »; à l'air, il se dessèche en croûtes jaunes, semblables à de la gomme, et il empèse, comme le sperme, le linge qui en est imprégné.

Avec la période vésiculeuse, l'eczéma atteint son apogée anatomique, et, avec celle du suintement, son apogée clinique. Suivant les circonstances, l'eczéma persiste dans cet état pendant quelques heures, ou bien, s'il est entretenu par une nouvelle irritation, pendant quelques jours, après quoi il disparaît. Tout d'abord, le liquide de l'eczéma se dessèche en croûtes jaunes ou jaune brun, quand il s'y mêle du sang, — *eczéma croûteux;* sous ces croûtes, le liquide qui est sécrété après

leur formation est emprisonné et se transforme en pus verdâtre, — *eczéma impétigineux*. Les croûtes soulevées, en partie détachées, se rompent de place en place ; le liquide purulent apparaît à l'extérieur et la surface rouge des papilles se montre aux regards. Pendant ce temps, l'inflammation et le gonflement diminuent, la peau s'affaisse, la sécrétion, devenue moins abondante, n'est plus en état de soulever les croûtes, qui, par suite, se dessèchent, deviennent dures et fortement adhérentes. Au-dessous de ces croûtes, et protégée par elles, il se forme une enveloppe épidermique, solidement adhérente à ces mêmes croûtes, qui finissent cependant par s'en détacher. La peau qui a été ainsi le siège de l'eczéma est alors dénudée de sa couche cornée, elle n'est plus que légèrement tuméfiée, mais elle présente encore une rougeur hyperhémique et elle est le siège de desquamation, — *eczéma squameux*. En dernier lieu, la peau perd aussi ce dernier reste d'hyperhémie et de desquamation ; elle reprend alors sa couleur primitive et son revêtement épidermique normal, conservant, quelque temps encore, une pigmentation plus foncée. Le retour à l'état normal est dès lors complet.

Un eczéma d'intensité moyenne, que l'on a fait naître de cette façon, sur l'avant-bras par exemple, accomplit son évolution complète en deux, trois ou quatre semaines.

Les symptômes que je viens de vous décrire correspondent tous à l'eczéma aigu.

Mais je dois, maintenant, revenir sur plusieurs points particulièrement importants :

1° La maladie commence par une rougeur punctiforme ou diffuse et un gonflement de la peau, — *eczéma érythémateux*, ou bien par des papules avec démangeaison, — *eczéma papuleux;* mais l'eczéma ne se développe pas habituellement au delà de ces périodes ;

2° La période vésiculeuse, — *eczéma vésiculeux,* — et la période de suintement, — *eczéma rubrum madidans,* — représentent l'apogée de la maladie ;

3° La formation de croûtes, — *eczéma impétigineux et croûteux,* — et la période pendant laquelle la peau présente des surfaces rouges, couvertes de squames, — *eczéma squameux,* — ne sont que des formes de régression de l'eczéma ;

4° Enfin, l'eczéma aigu affecte une marche typique.

Les altérations que nous avons décrites forment les symptômes essentiels de l'eczéma et se rencontrent avec toutes les variétés de localisation, de marche, de complications, de causes, etc..., soit ensemble et dans l'ordre de succession que nous avons indiqué, soit isolément et combinées les unes avec les autres de la façon la plus variée.

Il vous est, à présent, facile de comprendre ce qu'on doit entendre

par un eczéma chronique. C'est simplement une maladie de la peau dans laquelle les symptômes que je viens d'énumérer ne se déroulent pas d'une façon typique dans une seule et même éruption, mais persistent un temps assez long ou se renouvellent à plusieurs reprises, soit qu'il se produise sur certaines régions limitées de la peau des exacerbations alternant avec des rémissions, soit que l'eczéma, dans le cours de sa marche plus ou moins longue, apparaisse tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Tel est le cas des eczémas généralement polymorphes, et variables en ce qu'ils présentent simultanément toutes les formes possibles de développement et de régression de la maladie. Ces formes, à leur tour, sont en voie de transformation constante, présentant là des papules, ici des vésicules, sur un point des surfaces rouges, squameuses, ailleurs des points humides, suintants ou couverts de croûtes, des pustules, des fissures, des taches et des traînées de pigment, — toutes altérations qui sont essentiellement les mêmes que celles de l'eczéma aigu.

Anatomiquement, l'eczéma présente toutes les formes et tous les degrés de l'inflammation avec une exsudation séreuse prédominante (G. Simon, Hebra, Wedl, Kaposi, Neumann, Biesiadecki) (1), et je n'ai pas besoin d'examiner ici en détail de quelle façon les papules et les vésicules de l'eczéma se reconnaissent sous le microscope, puisque les

---

(1) Voyez la très remarquable étude de l'anatomie de l'eczéma faite par E. Gaucher — *in Annales de Dermat.*, 2e série, T. II, 1881, et Hillairet et Gaucher — *Traité cité*, p. 363 et suiv., et Cf. J. Renaut, 1re édit. du Traité de Cornil et Ranvier. — Unna. Anat. path. de l'eczéma séborrhoïque, *Congrès intern.* de Paris, 1889.

En fait, c'est une épidermodermite exsudative, dans laquelle les lésions typiques, les *lésions-symptômes*, occupent particulièrement le réseau de Malpighi (malpighite), les colonnes interpapillaires. Mais si l'anatomie de l'eczéma est assez bien connue dans ses altérations réalisées, sa physiologie pathologique, la hiérarchie de ses altérations, les troubles ou les lésions du système nerveux intra-épidermique qui lui appartiennent restent encore profondément obscurs; il est temps, selon la boutade d'Auspitz, de ne plus se bercer exclusivement de « l'inévitable refrain de la mélodie histologique » et de chercher d'autres notes.

Tout en accordant aux descriptions anatomiques et pathologiques des couches diverses de l'épiderme et du derme l'importance qu'elles comportent, nous pensons qu'il serait bien plus utile encore de savoir quel est l'agent de ces désordres ; est-ce un irritant matériel venu du dehors ou du dedans ; ou bien ces troubles sont-ils purement trophiques et causés par des actions nerveuses centrifuges ou réfléchies? Si c'est un irritant, sur quels éléments anatomiques porte-t-il son action, vaisseaux, nerfs connus ou inconnus, cellule vivante? Les troubles de kératinisation, les irritations prolifératives du réseau,

modifications intimes qui existent dans l'épiderme, les papilles et le chorion, sont complètement et absolument les mêmes dans l'eczéma que dans l'érythème papuleux et dans l'herpès (V. page 395, fig. 19). Plus les phénomènes inflammatoires locaux sont intenses (*eczéma rubrum, humide*), plus aussi l'exsudation s'étend aux couches profondes du chorion, jusque dans la couche des cellules adipeuses, plus les

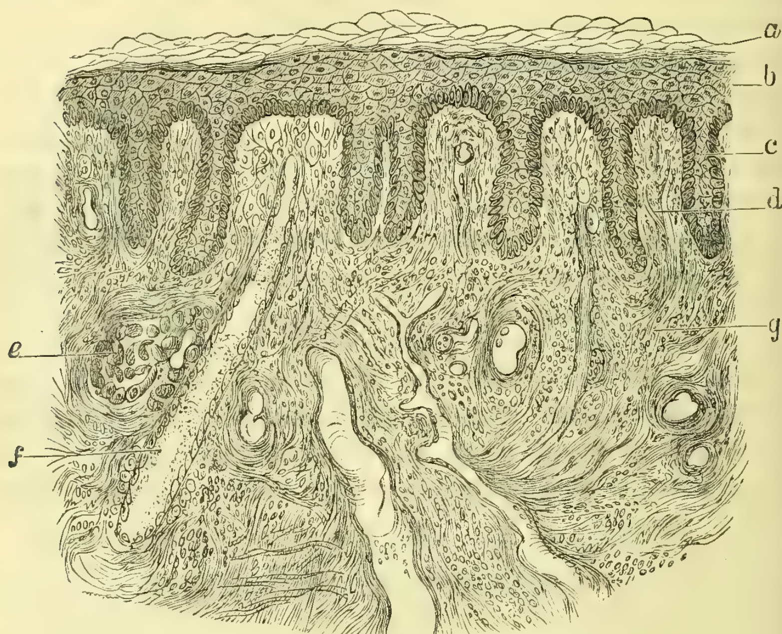


Fig. 27.

Eczéma chronique. — Coupe verticale de la peau de l'avant-bras. (Fort grossissement.)

a épiderme. — *b* couche du réseau muqueux considérablement épaissie avec cellules cylindriques *c* présentant une pigmentation foncée. — *d* papilles élargies, augmentées de volume; elles présentent, comme le chorion *g*, une abondante infiltration cellulaire et des vaisseaux sanguins dilatés. — *f* follicule pileux atrophié. — *e* glande sébacée également atrophiée appartenant à ce follicule.

espaces lymphatiques sont élargis, les corpuscules de tissu conjonctif en voie de prolifération, et les cellules de l'exsudat multipliées, tandis

---

peuvent-ils naître directement de l'action de l'irritant ou de l'excitation nerveuse centrale, ou sont-ils toujours subordonnés à des troubles de circulation, à des irritations préalables développées dans les divers étages du derme ? Voilà ce qu'il faut chercher, discuter, établir, avant de pouvoir discuter et établir la nature des affections réunies sous le nom d'eczéma ; voilà ce qui doit solliciter l'ardeur des jeunes travailleurs.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

qu'à l'intérieur du réseau muqueux on rencontre toutes les altérations, depuis le simple gonflement et l'écartement des cellules, qui prennent ainsi une disposition trabéculaire, jusqu'à la prolifération et la fonte purulente. Il est également facile de comprendre que l'eczéma aigu peut toujours être suivi du retour complet à l'état normal.

Au contraire, dans l'eczéma chronique, dans les cas surtout où il occupe pendant des années une seule et même partie de la peau, il se produit des altérations également persistantes des tissus qui se manifestent au point de vue clinique par une pigmentation plus foncée avec épaisissement de l'épiderme et du chorion et par une profondeur plus marquée des sillons normaux de la peau. Sous le rapport histologique, ces altérations consistent en des dépôts épais de cellules et de pigment dans le chorion, surtout autour des vaisseaux dilatés, avec hypertrophie des papilles, dilatation des vaisseaux lymphatiques (Neumann, Klebs), sclérose du tissu cellulaire, atrophie des glandes sébacées et des follicules pileux (Wedl), dégénérescence des glandes sudoripares (Gay), disparition des cellules adipeuses, — en un mot les altérations de l'hypertrophie dégénérative, comme dans l'éléphantiasis des Arabes.

Il nous reste maintenant à compléter la symptomatologie de l'eczéma en exposant, à la suite des lésions de nutrition de la peau que nous avons décrites, et qui constituent les symptômes essentiels et anatomiques de l'eczéma, les phénomènes qui résultent des circonstances concomitantes, des causes spéciales, de la localisation, de l'extension et spécialement de la marche aiguë ou chronique de l'eczéma.

ECZÉMA AIGU.

L'eczéma aigu se manifeste sur un point unique ou simultanément sur plusieurs points du corps, et, dans chacun de ces foyers, il suit la marche que nous avons décrite plus haut. Souvent il s'étend par continuité au delà du rayon primitivement atteint, arrivant en général dans sa partie centrale, au degré de l'eczéma vésiculeux, rubrum ou humide, tandis que, à la périphérie, il n'y a que des vésicules ou des papules isolées, ou des taches rouges, séparées de l'eczéma par des portions de peau saine, ou bien l'eczéma s'accroît par le fait de nouvelles éruptions qui se produisent sur des points du corps éloignés du foyer primitif.

Pour comprendre ce dernier point, il faut savoir que, par le fait de l'apparition d'un eczéma aigu, la peau devient le siège d'une altération morbide, d'où il résulte que la moindre irritation, comme celle qui peut être produite par le frottement du linge, le plus léger grattage, la

chaleur d'un bain, suffisent pour déterminer un eczéma, lequel peut même survenir plus tard par suite d'une altération réflexe des vaisseaux (1).

La face se signale d'une façon particulière sous ce rapport (les oreilles, les paupières); elle est immédiatement et par voie réflexe atteinte d'eczéma, s'il existe déjà une éruption d'eczéma aigu sur un point éloigné du corps, au scrotum, par exemple.

Le début d'un eczéma aigu, alors même qu'il est limité, est ordinairement précédé de sensation de froid, même de frisson et de fièvre, qui, joints à de l'insomnie, de l'agitation et des symptômes gastriques, accompagnent la maladie jusqu'à son apogée et annoncent aussi chaque nouvelle exacerbation. Tous ces accidents disparaissent seulement quand les poussées ultérieures s'arrêtent partout; à la période de déclin de la maladie, le prurit seul trouble encore le sommeil.

Sous le rapport de la forme, l'eczéma aigu se présente très souvent à l'état papuleux, déterminé, par exemple, par la chaleur du soleil ou par la sudation; chez les enfants du premier âge, en particulier, l'éruption est souvent générale; elle correspond alors ordinairement aux follicules et est, par conséquent, figurée (*eczéma lichénoïde*); l'eczéma aigu se trouve souvent aussi associé à d'autres affections prurigineuses de la peau (prurigo, gale). Dans les plis de la peau sujets à la macération, l'eczéma prend le plus souvent le caractère érythémateux (eczéma intertrigo); mais la variété la plus fréquente est incontestablement la forme humide.

L'eczéma aigu doit encore certaines de ses particularités à sa localisation spéciale; le siège le plus fréquent de l'éruption est le côté de flexion des articulations, les parties génitales qui sont exposées à l'influence de la sueur, la face inférieure des seins chez la femme et surtout, d'une manière toute spéciale, la face, les oreilles et le cuir chevelu.

L'eczéma aigu du cuir chevelu et de la face est ordinairement précédé d'un frisson; il commence par une sensation de brûlure aux yeux; la face est rouge, tuméfiée, bouffie, les paupières sont œdéma-

---

(1) Le fait est constant, mais l'interprétation hypothétique, et le mécanisme notablement moins simple ; rien surtout n'établit que, « *par le fait* de l'apparition d'un eczéma aigu » *sur un point* du tégument, la peau « *devienne* » en puissance d'eczéma *sur un autre point*. Cette apparition de second rang peut reconnaître la même origine que la première, ou avoir sa source dans une série de conditions externes ou internes, sans nécessiter le mode du *transfert*, lequel ne serait, d'ailleurs, applicable qu'aux points homologues.

E. B. — A. D.

teuses et peuvent à peine s'ouvrir ou restent closes, les oreilles sont volumineuses, épaisses, écartées de la tête, les lèvres sont tuméfiées; dans ces circonstances, le médecin peu expérimenté est exposé, comme les gens étrangers à la profession, à prendre cet état morbide pour un érysipèle.

Mais, à un examen attentif, on reconnaît que la rougeur et le gonflement ne sont pas à beaucoup près aussi considérables que dans l'érysipèle, et que la fièvre elle-même n'est pas aussi intense; notamment on n'observe jamais dans ces cas ni assoupissement, ni symptômes cérébraux.

A l'éclairage oblique ou par le toucher, on peut se convaincre que la peau est couverte d'une quantité de petites élevures transparentes comme de l'eau, semblables à de petits grains de sable, ce sont les vésicules en voie de formation. Dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, elles ont atteint un volume appréciable, elles se rompent, et dès lors commencent le suintement caractéristique et la formation des croûtes. Les oreilles notamment sécrètent une grande quantité de liquide. La peau du conduit auditif externe est souvent gonflée au point que ce conduit est obturé et que le malade entend difficilement ou même n'entend pas de ce côté. La tuméfaction n'envahit le cuir chevelu que lentement et progressivement; il en est de même du suintement et des croûtes qui agglutinent les cheveux par mèches.

L'évolution totale d'un eczéma aigu ne dépassant pas d'ailleurs le type que nous avons décrit demande en moyenne, suivant l'intensité et l'étendue de la maladie, trois à six semaines. Longtemps après la terminaison complète de l'état aigu, l'affection persiste sur le cuir chevelu sous forme d'eczéma squameux, de pityriasis du cuir chevelu; souvent aussi l'épiderme est sec, épaissi, fendillé dans le sillon rétro-auriculaire. Plus tard, cette région est souvent le point de départ de nouvelles poussées.

De plus, l'eczéma de la face récidive d'une façon extrêmement fréquente sous l'influence des causes les plus diverses.

Dans l'eczéma aigu des mains et des pieds, les vésicules et les phlyctènes sont en général très tendues, recouvertes d'une paroi épaisse; la sensation de tension et d'engourdissement des doigts et parfois la douleur sont considérables. Souvent le contenu des vésicules devient purulent (*eczéma pustuleux*), il y a un œdème notable, une dénudation douloureuse du chorion, il se forme des bourgeons charnus dans le pli unguéal, et parfois l'ongle se détache. Quelques personnes sont spécialement disposées à ce genre d'eczéma, et sont atteintes de poussées répétées de ces éruptions vésiculeuses sous l'influence de la sueur, dans l'hyperidrose habituelle et l'asphyxie locale. En cas de

récidives plus fréquentes, les poussées aiguës prennent une marche chronique; la maladie revêt une forme serpigineuse et dépasse le rebord du pied. Chez les enfants, l'eczéma des doigts donne lieu à de véritables phlyctènes.

L'eczéma aigu du pénis et du scrotum s'accompagne d'un gonflement œdémateux très considérable des parties envahies, qui sont en même temps le siège d'un suintement abondant.

Au niveau des plis articulaires, des plis génitaux, à la face inférieure des seins chez la femme, et dans tous les points de la peau qui sont sujets à la macération par suite d'un contact réciproque, l'eczéma aigu se présente très souvent sous l'aspect d'une rougeur diffuse, — *érythème intertrigo*, — qui, lorsque l'épiderme est détaché, met à nu des surfaces suintantes, — *eczéma intertrigo.*

Cette forme a une très grande importance chez les enfants à la mamelle; l'eczéma occupe la profondeur des plis, au cou, à la face interne des cuisses, etc., et il passe très souvent inaperçu des nourrices, qui craignent d'écarter les plis de la peau, parce que ces tiraillements sont douloureux. Or, il n'est pas rare, dans ces cas, de voir la dermite s'exagérer, devenir rapidement gangreneuse, diphthéritique, fibrineuse, phlegmoneuse, accidents qui, dans les cas les plus favorables, guérissent avec des pertes de substance qui seront remplacées par des cicatrices, ou qui, comme je l'ai déjà vu, peuvent déterminer en quelques jours la mort après des phénomènes d'éclampsie et de collapsus.

L'eczéma aigu généralisé représente un véritable tourment pour le malade et pour le médecin.

A proprement parler, il ne s'agit pas ici d'une affection eczémateuse uniformément développée sur le corps, depuis la tête jusqu'aux orteils. Ce que l'on appelle eczéma généralisé se compose plutôt d'un certain nombre de foyers d'eczéma aigu à tous les degrés et de toutes les formes, papules, surfaces suintantes et croûteuses, etc., qui se touchent plus ou moins les unes les autres par leur périphérie. La fièvre concomitante est habituellement assez intense et présente fréquemment des exacerbations (souvent même typiques, survenant le soir), parce qu'il se fait, tantôt ici, tantôt là, de nouvelles poussées. Le malade est ordinairement obligé de garder le lit; le frottement des vêtements, l'agglutination du linge de corps à la peau par la dessiccation du fluide eczémateux, ne lui permettent pas de s'habiller ni de vaquer à ses occupations, alors même qu'il se sentirait capable de le faire.

Quand elle est arrivée à ce degré d'extension, la maladie ne peut disparaître complètement qu'après un temps assez long : deux à trois mois, et souvent plus. La fièvre, l'insomnie, l'inappétence, la perte réelle de plasma du sang, amènent un amaigrissement considérable.

Pendant le cours de la maladie, il survient aussi des lymphangites et des éruptions furonculeuses. Mais, dans ces conditions, un individu ne peut vraiment pas être complètement rétabli, même après plusieurs mois. Il reste çà et là sur les plis des oreilles, sur le côté de flexion des articulations, des surfaces couvertes de fissures, qui peuvent devenir le point de départ de nouvelles éruptions; ou bien les inflammations furonculeuses consécutives se reproduisent pendant de longs mois, pendant une ou deux années. Enfin, la peau reste tellement sensible à toutes les influences extérieures capables de déterminer l'eczéma, comme l'ardeur du soleil ou du feu, la sueur, l'eau, etc., qu'elle est de nouveau, à maintes reprises, envahie par la maladie, d'autant plus qu'il est donné à bien peu de personnes de pouvoir toujours, dans l'exercice de leur profession, éviter ces causes nuisibles.

ECZÉMA CHRONIQUE.

L'eczéma chronique est tantôt le reliquat d'un eczéma aigu incomplètement terminé, tantôt il débute avec des symptômes peu intenses, mais qui persistent.

J'ai déjà exposé plus haut que l'eczéma chronique présente essentiellement les mêmes symptômes que l'eczéma aigu, et que l'on n'y rencontre pas d'autres altérations anatomiques que celles qui sont liées à des phénomènes inflammatoires renouvelés souvent sur certains points, c'est-à-dire à l'épaississement de l'épiderme et du chorion, à de la pigmentation anormale, ou enfin à un processus de dégénérescence, à une atrophie folliculaire.

A toutes ses périodes, l'eczéma chronique peut revenir à l'état aigu et reprendre un aspect sécrétant ou croûteux; cependant il persiste le plus souvent sous la forme d'eczéma squameux.

Le prurit qui l'accompagne est, en général, très intense et oblige les malades à se gratter souvent et avec force; or, le grattage devient une nouvelle cause d'irritation locale et amène fréquemment une exagération de l'eczéma déjà existant, ou même détermine une nouvelle éruption. C'est pour cela que le plus ordinairement, en même temps qu'un foyer d'eczéma chronique, on trouve encore sur différentes parties du corps les traces d'un eczéma plus récent.

La localisation de l'eczéma chronique offre quelques particularités, bien que l'éruption puisse être rencontrée sur un point quelconque du corps. Les parties où on l'observe le plus fréquemment sont certaines régions limitées, comme le sillon postérieur du pavillon de l'oreille, le côté de flexion des articulations; dans ces points, il est, en général,

symétrique; viennent ensuite le cuir chevelu, la face, les parties génitales et l'anus; assez souvent enfin il est généralisé.

L'eczéma chronique du cuir chevelu est très fréquent; il est habituellement lié à l'eczéma chronique de la face, et il se présente avec les caractères de l'eczéma impétigineux ou de l'eczéma squameux. Le cuir chevelu est, dans ces cas, recouvert de croûtes ou de squames épidermiques qui se détachent comme des pellicules de son; quand on les a fait tomber, on constate que la peau est rouge et que, sur certains points, elle suinte. Ces caractères sont nettement limités au cuir chevelu, ou bien ils se continuent sur la peau du front et de la nuque. Lorsque l'eczéma de la tête persiste longtemps, il a régulièrement pour conséquence le défaut d'adhérence des bulbes pileux et la chute plus ou moins abondante des cheveux. Une exagération temporaire de cet eczéma détermine l'eczéma suintant, dans lequel, chez les femmes, les cheveux s'agglutinent et se feutrent (plique), ou bien, — ce qui est assez rare, — il se forme de nombreuses pustules folliculaires (*sycosis capillitii*) sur le cuir chevelu fortement enflammé de cette région. La durée de cet eczéma est souvent considérable et peut se prolonger pendant un grand nombre d'années; on l'observe plus rarement chez l'homme que chez la femme et chez les enfants, à moins qu'il n'y soit entretenu par la présence des poux.

Dans ce dernier cas, on trouve généralement des foyers d'eczéma en forme d'îlots sur le sommet de la tête et sur l'occiput; sur ces foyers s'accumulent des croûtes épaisses, sèches et adhérentes, ou soulevées et laissant échapper une sécrétion d'odeur rance; quand on a détaché ces croûtes, on voit la peau tantôt rouge et suintante, mais lisse, tantôt aussi couverte d'excroissances papillaires hautes de 1 à 4 millimètres, rouges, mamelonnées, suintantes, saignant facilement (*achor, mucor granulatus, teigne granulée*); ces excroissances sont discoïdes; leur dimension varie de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs en argent. Cet eczéma s'accompagne régulièrement d'un gonflement considérable des ganglions cervicaux, qui peut faire porter par erreur le diagnostic de scrofulose, tandis qu'il s'agit simplement d'un eczéma pédiculaire.

Eczéma chronique de la face. — L'eczéma n'occupe parfois que quelques parties de la face; d'autres fois, il l'envahit entièrement, mais avec une intensité plus grande sur certains points. Ainsi, le pavillon de l'oreille est le plus souvent épaissi, induré, couvert de croûtes; il existe des fissures à sa partie postérieure, et le conduit auditif externe est en partie obstrué par des squames épidermiques; sur ces régions il est très fréquent de voir l'eczéma chronique revenir plusieurs fois à l'état aigu.

Chez les enfants à la mamelle, l'affection occupe particulièrement les joues, le front, les oreilles, sous forme d'eczéma croûteux et squameux (*crusta lactea; croûtes de lait; porrigo larvalis; lactumen*, Manardi). En outre, il se forme assez souvent dans le conduit auditif externe de petits abcès furonculeux très douloureux, et, dans les sillons du nez et à la commissure labiale, des fissures également douloureuses.

A titre de complication très alarmante de l'eczéma facial des nouveau-nés, j'ai vu dans quelques cas une poussée aiguë de nombreuses vésicules, en partie disséminées, pour la plupart cependant réunies en amas et en groupes compacts de la grosseur d'au moins une lentille, remplies de sérum clair, transparentes, aplaties, et d'ordinaire devenant rapidement ombiliquées. Elles font l'impression, d'après ce que je viens de dire, d'efflorescences de varicelle, mais elles ne le sont sûrement pas. La peau de la face ainsi atteinte, déjà tuméfiée auparavant par l'eczéma d'intensité variable, apparaît alors beaucoup plus boursouflée, même fortement tendue, toutefois plus œdémateuse que dure; les petits malades ont une fièvre intense, jusqu'à 40° et plus, et une grande agitation.

Leur éruption a une marche très aiguë, peut s'opérer en une nuit, est très confluente et se prolonge souvent trois à quatre jours, même une semaine, par des poussées successives, tandis que les efflorescences des premiers jours entrent en régression, soit qu'elles se dessèchent ou le plus souvent se rompent, laissant le chorion à nu ou formant des croûtes qui se détachent ensuite. Le plus grand nombre et les plus compactes de ces vésicules semblables à de la varicelle se trouvent sur la peau déjà eczémateuse; quelques groupes de ces vésicules, les plus petits, surviennent aussi sur la peau primitivement intacte du voisinage, sur le front, les oreilles et la région cervicale, même sur l'épaule et le bras. Je ne les ai jamais vues naître au-dessous.

La marche de cette affection spéciale a été favorable dans les cas observés jusqu'à présent et s'est terminée, comme je l'ai décrit, par la guérison des vésicules et la cicatrisation, dans l'espace de deux à trois semaines, des surfaces mises à nu; la fièvre diminuait en proportion des lésions locales. Sur beaucoup de points, il restait encore des taches pigmentées ou même des cicatrices aplaties. L'eczéma existant n'avait eu son caractère modifié qu'autant que le traitement local dont l'emploi avait été nécessaire l'avait influencé. Chez un enfant de six mois, j'ai vu survenir la mort au milieu d'accès éclamptiques le sixième jour de la maladie, alors que l'éruption était déjà partout en voie de guérison et que la défervescence était complète.

Il m'est difficile de savoir comment doit être désigné cet exanthème varicelliforme qui complique ainsi dangereusement l'eczéma facial

ordinaire des petits enfants, exanthème que j'ai observé une dizaine de fois environ, tandis qu'il était inconnu de médecins d'enfants très expérimentés, nos compatriotes, qui, sans hésiter, l'ont considéré comme n'étant pas de la varicelle, mais quelque chose de spécial. On pourrait encore, à la rigueur, le rapprocher de l'eczéma herpétiforme. Encore plus malaisé me serait-il de dire quelque chose sur la cause de cet exanthème. Je ne puis toutefois m'empêcher de penser qu'il s'agit ici de l'effet d'une contagion locale, en réalité d'un champignon qui a trouvé sur l'épiderme ramolli par l'eczéma un terrain de culture propice et qui, par sa végétation, provoque la formation d'efflorescences spéciales et, par le nombre de celles-ci, engendre la dermite. Comme les cas sont tous très graves, je n'ai eu, jusqu'ici, aucune occasion d'enlever d'une manière convenable à des petits malades des parcelles de tissu pour des recherches microscopiques.

Mais il faut regarder la fièvre très menaçante, non pas comme l'expression d'une infection du sang, mais, d'après toute sa manière d'être, comme un effet de la dermite locale et proportionnel à son intensité et à son mode d'évolution (1).

L'*eczéma chronique de la muqueuse nasale* est très fréquent chez les adolescents, associé à des affections scrofuleuses, et occasionné par une

---

(1) La localisation de l'eczéma à la tête et à la face est une des plus importantes en pratique, une des plus difficiles à décrire ; son étude, encore très incomplète, ne pouvant pas être terminée faute de notions également précises sur tous les points de la question.

Individuellement, les plus grandes différences s'établissent entre les cas divers, selon qu'il s'agit d'un enfant, d'un adulte, d'un vieillard, d'une femme, ou d'un homme, et selon que la maladie demeure, ou non, limitée au cuir chevelu, à la face, à la barbe, aux oreilles, aux orifices, et à des subdivisions de ces régions.

Eu égard à la nature de l'eczéma, les variétés ne sont pas moins grandes : Ec. *primitif* ou *secondaire, simple, pédiculaire, microphytique classé ou non, impétigo*, etc. ; et elles se multiplient suivant les prédominances anatomiques, l'irritant portant particulièrement son action sur l'étage vasculaire superficiel, les zones de kératinisation, le réseau, les follicules pilaires, les glandes sébacées, les appareils sudoripares : Ec. *érythémateux*, *sec*, *squameux*, *humide, pilaire*, *sébacé*, *idrosique*, etc.

Sur tous ces points, l'enseignement du livre reste insuffisant; quoique fasse l'auteur, rien ne peut suppléer à l'étude sur nature, dont le livre ne peut être qu'un guide et non une suppléance. Dans les *notes* de la suite de cette leçon, nous ferons le nécessaire pour combler quelques-unes des principales lacunes du texte courant.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

irritation de la muqueuse nasale produite par les larmes. Les narines sont obstruées par des croûtes; les enfants respirent la bouche ouverte, la muqueuse pharyngienne, inondée de mucus nasal, est enflammée. La lymphangite qui accompagne cet eczéma détermine un épaississement des lèvres, qui donne alors à la bouche l'aspect d'un museau.

Chez les adultes, l'eczéma chronique de la muqueuse nasale (1), qui est souvent la suite du coryza chronique, est gênant à cause des croûtes et des fissures qu'il provoque; souvent il détermine le développement de furoncles ou le sycosis, ou bien aussi l'érysipèle récidivant de la face.

L'*eczéma des lèvres* se présente tel que nous l'avons décrit, associé à un eczéma occupant un autre point de la face, spécialement à l'eczéma du nez (2). Une forme particulière qu'on observe fréquemment chez

---

(1) On ne sait rien de précis sur l' « eczéma » de la *muqueuse* nasale; c'est par supposition seulement qu'il peut être admis comme *rhinite* spéciale *eczématique*. Le seul eczéma intra-*nasal* que nous puissions spécifier d'après notre observation consiste en un catarrhe nasal consécutif à l'eczéma des fosses *narines*.

L'eczéma narinaire — qui est un eczéma cutané, et non muqueux — est rarement *primitif;* on le voit succéder au coryza vulgaire, aigu, chronique, ou à répétition ; mais, quelle que soit son origine, une fois établi, il donne, lui-même, lieu à deux complications de voisinage, l'une fréquente, l'autre rare. La première est l'eczéma hypertrophique ou éléphantiasique de la lèvre supérieure, commun chez les jeunes sujets lymphatiques dits « scrofuleux » — œdème lymphatique prolifératif; — l'autre l'*œdème chronique gélatineux* des paupières — Voy. A. Vérité, Œdème chronique des paupières consécutif à un eczéma de la lèvre supérieure et des fosses nasales — *Acad. de Méd.*, le 15 avril 1884. E. B. — A. D.

(2) L'eczéma des lèvres comprend trois formes principales qui doivent être différenciées : *a*) Ec. de l'appareil entier, *ec. orbiculaire ;* — *b*) Ec. hypertrophiant de la lèvre supérieure ; — *c*) Ec. sous-*narinaire*, ou eczéma récidivant de la lèvre supérieure.

a) *Eczéma orbiculaire :* souvent isolé, il constitue une des manifestations les plus tenaces de l'eczéma; commun surtout chez les femmes, on l'observe plus souvent encore dans la seconde enfance; suintant ou sec, toujours fissuré ou fendillé, dessinant en fines rhagades tous les plis orbiculaires, se localisant aux commissures où il s'éternise; très pénible pour les patients en raison de la défiguration, et des douleurs que renouvelle incessamment l'écartement des fissures, dans les mouvements de la bouche.

b) *Eczéma hypertrophiant de la lèvre supérieure :* le plus habituellement secondaire à l'eczéma chronique ou réitéré des fosses narines, lié au coryza permanent ou habituel des jeunes sujets lymphatiques; son caractère prédominant est l'œdème lymphatique proliférant qu'il détermine, et qui déforme typiquement la lèvre supérieure, à la face buccale

les femmes d'un certain âge, plus rarement chez les hommes, affecte surtout la muqueuse des lèvres, qui est fendillée, épaissie, recouverte de croûtes hémorrhagiques. Cet eczéma donne lieu à de violentes démangeaisons; il présente souvent des exacerbations aiguës; en outre, il est extraordinairement tenace (1).

---

de laquelle on trouve régulièrement des rhagades linéaires, ou leurs cicatrices, qui facilitent le diagnostic de la lésion.

c) *Eczéma sous-nasal, sous-narinaire; Ec. récidivant de la lèvre supérieure*, — forme très nettement individualisée, décrite par les auteurs sous les noms d'impétigo sycosiforme et de sycosis; cette dernière dénomination, en particulier, a été adoptée par la généralité des médecins qui supposent presque toujours que la maladie est trichophytique, et la traitent régulièrement comme telle.

Cet eczéma se montre sous deux types principaux, l'un chez des sujets « strumeux » qui portent entre autres stigmates l'alopécie complète de la paupière inférieure; — l'autre, chez des individus qui, sous des influences variées, ont des coryzas fréquents, se refroidissent facilement aux extrémités, et qui répondent plus ou moins au type de « l'arthritique » de BAZIN. C'est essentiellement une variété *pilaire*, presque exclusive à l'homme par conséquent; elle débute d'ordinaire par la région des vibrices. — Voy. les thèses de nos deux élèves : R. KINZELBACH, De l'eczéma *pilare* de la lèvre supérieure, Paris, 1879; et H. HOEL, De l'eczéma pilaire, Paris, 1881.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Revêtant une allure toute spéciale en raison de son siège anatomotopographique, cette localisation très importante de l'eczéma à la *portion rouge de la partie cutanée des lèvres*, à la portion *exposée*, qui n'est pas « muqueuse », est peu connue. Le plus habituellement, elle s'allie à la séborrhée du cuir chevelu et du visage, ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut. — Voy. p. 192, note 2 « *Séborrhée de la portion exposée de la surface rouge des lèvres* ». — BATEMAN l'a décrite en quelques mots parmi les variétés « les plus localisées » du psoriasis sous le nom de *psoriasis labialis;* « située sur les lèvres, principalement la lèvre inférieure, dont l'épiderme délicat s'épaissit et se gerce, quelquefois pendant un long intervalle de temps. »

Heureusement assez rare, dans ses degrés intenses, mais très pénible pour ceux qui en sont atteints, elle a été ensuite vue et décrite par RAYER, qui l'a caractérisée en observateur excellent, d'abord sous le nom de « *psoriasis des lèvres* » — 1re édition, t. II, p. 49, obs. CXLIX, Paris, 1827 — et plus tard 1835, 2e édition, t. II, p. 166, 187, obs. CXXIV — sous le nom de « *pityriasis des lèvres* ». Sous le rapport dermatographique, il n'y a rien à changer à la description de RAYER que voici :

« Début par de petites taches rouges auxquelles succèdent une rougeur générale et une desquamation continuelle de l'épithélium des lèvres, et quelquefois de l'épiderme de la peau environnante. Cette desquamation a lieu en

A la face, dans les parties garnies de barbe, ainsi que dans la région

---

petites lamelles minces à peu près comme l'épiderme sain et desséché, ou dont la face interne aurait été légèrement imbibée de sérosité. Les malades éprouvent dans les lèvres un sentiment de chaleur et de tension. L'épithélium jaunit, s'épaissit, se gerce et se détache en lamelles assez longues. Souvent il arrive que, pendant quelque temps, celles-ci restent adhérentes par leur centre; lorsque leur circonférence est libre et desséchée, un nouvel épiderme se forme au-dessous de celui qui est sur le point de se détacher. Bientôt il jaunit, se gerce, se rompt et tombe à son tour pour être remplacé par un autre qui subit la même altération. Cette altération, toujours longue et rebelle, présente des paroxysmes dans lesquels on remarque du gonflement et une rougeur assez vive des lèvres. Cette éruption est bien distincte d'une autre inflammation passagère des lèvres, également accompagnée de gerçures et d'une desquamation de l'épithélium, et qui est produite par le froid, ou qui souvent se montre à la suite de quelques maladies aiguës; la durée de cette dernière affection est tout à fait passagère, tandis que celle du pityriasis est longue et indéterminée. Les causes du pityriasis des lèvres sont souvent obscures; je l'ai observé chez deux malades grands parleurs et qui avaient l'habitude de se mordre les lèvres. »

Cette affection est bien distincte de toutes les altérations spéciales des lèvres décrites récemment, et notamment de la *perlèche* ou du *bridou*, affection commissurale de la bouche des enfants. — Voy. J. Lemaistre, De la perlèche ou du *streptococcus plicatilis*, in-8°, Limoges, 1886 — ou du « *male che corre* », décrit en Italie. — Voy. O. Moretti. Affection spéciale de la lèvre inférieure observée l'été, à Recanati et dans les environs, *in Rivista clin. di Bologna*, 1886, et Fl. Jaja, *in Giorn. ital. d. Malatt. ven. e d. pelle*, 1887.

Elle s'observe *sur les deux lèvres*, mais avec prédominance à la lèvre inférieure, s'étendant ou s'étalant partiellement à la peau vers les commissures. Dans tous les cas où nous l'avons étudiée, elle se continuait si étroitement avec une séborrhée du visage, que nous la considérons comme se rattachant directement à cette maladie, représentant une affection propre en raison de la localisation anatomotopographique, et constituant une des variétés de l'eczéma sébacé.

L'eczéma exfoliant des lèvres est une des formes rares et peu connues de l'eczéma; on peut l'observer chez des sujets de tout âge. Dans ses faibles degrés, il passe inaperçu; dans ses variétés intenses, on le trouve surtout chez des femmes *à nervosité accentuée*, souvent en coïncidence avec la séborrhée profuse du visage ou du cuir chevelu. La maladie est permanente, mais à paroxysmes et à rémissions spontanés, qui font passer le malade *et le médecin* par des alternatives réitérées d'espoir et de déception.

Le traitement est des plus laborieux; nous avons obtenu quelques succès par l'emploi des astringents légers, ratania et borax, des substitutifs, savon mou de potasse, de l'huile de cade ou de bouleau; mais la nervosité habituelle des sujets qui en sont atteints rend l'application de tous les moyens très aléatoire. Quelques-uns de nos malades s'en tiennent à l'un des palliatifs que nous leur avons indiqués, et qui consiste, une ou deux fois par vingt-quatre heures, à appliquer à la surface

des sourcils, il n'est pas rare de voir l'eczéma chronique donner naissance au sycosis (*eczéma sycosiforme*) (1).

Le bord des paupières est souvent aussi envahi par l'eczéma, c'est-à-dire que la blépharadénite vient s'ajouter à l'affection eczémateuse, si même elle n'est pas le résultat de cette dernière. A la commissure des paupières, l'eczéma se présente sous forme de fissures ; quand l'affection se prolonge, les paupières s'épaississent, elles se relèvent difficilement, et la fente palpébrale paraît rétrécie (œil de lapin) (2).

Il n'y a rien de particulier à dire au sujet de l'*eczéma chronique du tronc*. L'*eczéma du sein et du mamelon* doit, au contraire, être signalé d'une façon spéciale. Il est extrêmement rare chez l'homme et, dans ce cas, il n'existe, le plus souvent, que d'un seul côté ; par contre, il est très fréquent chez les femmes (accouchées, nourrices, avec la gale ou à sa suite). Dans ces cas, le mamelon gonflé peut atteindre l'épaisseur

---

des lèvres une couche protectrice de traumaticine *de bonne qualité;* après quelques tâtonnements et avec un peu d'expérience, ils arrivent à une réelle habileté dans l'art de dissimuler cette affection, qui jette un trouble profond dans leur existence, non seulement en raison des sensations pénibles éprouvées, mais encore à cause de ce qu'il y a de désobligeant, pour les femmes surtout, à avoir les lèvres en état incessant de suintement, de rougeur et de desquamation.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'eczéma qui naît dans les régions pilaires ou qui s'y cantonne emprunte à cette localisation un type particulier, une évolution spéciale, des complications déterminées, une marche, une durée, des terminaisons et des indications thérapeutiques propres.

Si les lésions irritatives, ce qui est très habituel, restent confinées dans le canal pilaire, ou à sa périphérie, elles n'entraînent nécessairement ni l'altération de la racine du poil, ni surtout la participation de l'étage inférieur du follicule ; mais si elles atteignent le *corps du follicule* profondément intradermique, si elles pénètrent dans la gaine propre muco-conjonctive du cul-de-sac folliculaire, le poil est immédiatement compromis, et l'on peut voir, en très peu de temps, l'irritation se propager au derme et même à l'hypoderme, eczéma folliculaire ; folliculites, périfolliculites, dermite phlegmoneuse, idradénites ; eczéma acnéique, sycosiforme ; sycosis, etc. De la réunion de ces divers phénomènes naissent des formes cliniques ambiguës dans lesquelles on serait souvent hors d'état de prouver que la maladie que l'on observe est une épidermite catarrhale diffuse, une acné pilaire, une folliculite primitive, etc. E. B. — A. D.

(2) Plusieurs variétés de *blépharo-conjonctivites* sont eczémateuses, et beaucoup de blépharites sont des *eczémas ciliaires*, dont la majeure partie ressort à l'eczéma séborrhéique. Toujours délicate, la différenciation de ces variétés est quelquefois impossible à l'aide des seuls caractères directs, et sans le secours des coïncidences et des commémoratifs. E. B. — A. D.

du doigt; il est fortement projeté en avant et présente une surface verruqueuse, rouge, suintante, ou bien il est entièrement recouvert de croûtes épaisses et sillonné souvent de crevasses douloureuses et saignantes. Le mamelon ainsi modifié peut bien, au premier coup d'œil, en imposer pour du carcinome. Dans ces dernières années, il a été fait sans raison beaucoup de bruit à propos de cette forme, sous le nom de « maladie de Paget ». L'aréole du mamelon et son voisinage forment une surface infiltrée, dure, douloureuse, sécrétant un liquide âcre, ou recouverte de croûtes. Il n'est pas rare de voir survenir une mastite comme complication (1).

L'*eczéma de l'ombilic* occupe en général la partie déprimée du nombril chez les sujets obèses; il est déterminé par l'accumulation et la décomposition des produits de la sécrétion cutanée; il guérit très difficilement (3).

L'*eczéma des parties* génitales chez l'homme et chez la femme est une affection extraordinairement pénible; aussi a-t-on fréquemment occasion de la traiter.

Chez l'homme, cet eczéma occupe le plus souvent le scrotum : tantôt, il reste exclusivement limité aux parties qui se trouvent constamment en contact avec la cuisse; tantôt, persistant pendant des années, il s'étend à la totalité de cette surface, gagne une partie de la verge, le raphé périnéal, très souvent même aussi la région péri-anale, la dépression de l'anus et jusqu'à la surface cutanée qui remonte vers le sacrum (4).

Lorsque le scrotum est depuis de longues années le siège d'un eczéma, son volume s'accroît, ses replis et ses dépressions sont fortement développés; il est excorié sur certains endroits, couvert de squames, rarement de croûtes. Le prurit y est extrêmement violent et se reproduit habituellement plusieurs fois par jour, sous forme d'accès.

---

(1) L'eczéma du mamelon et du sein est, en outre, un des accidents de la galactorrhée. On l'observe aussi en dehors de ces diverses conditions; et, dans tous les cas, le médecin se rappellera que cette localisation de l'eczéma est extraordinairement *tenace* et *rebelle*.
E. B. — A. D.

(2) D'après notre observation, les *folliculites* sont surtout ordinaires dans l'eczéma acarien du mamelon ; les abcès glandulaires y sont plus rares, et la mastite vraie appartient plutôt à l'eczéma de la grossesse ou de l'allaitement. E. B. — A. D.

(3) L'eczéma de l'ombilic comprend plusieurs variétés, dont quelques-unes parasitaires, du type de l'eczéma marginé ; il réclame un traitement approprié à la nature de la maladie, et un pansement *isolant* des surfaces malades, adapté à la région. E. B. — A. D.

(4) ...où il se termine généralement par une rhagade très douloureuse.
E. B. — A. D.

Dans l'*eczéma de l'anus*, les rhagades pénètrent souvent plus ou moins loin dans le rectum. A cause de la douleur, la défécation devient difficile. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. Avec les années, la muqueuse rectale, considérablement tuméfiée, fendillée et verruqueuse, peut faire croire à un carcinome. Les mucosités et les hémorrhagies parfois abondantes qui en proviennent rendent cet état encore plus insupportable.

Aux *parties génitales de la femme*, l'eczéma chronique s'établit le plus souvent sur les grandes lèvres, plus rarement sur les petites lèvres et à l'entrée du vagin. Le tégument de ces régions est épaissi, excorié, par le grattage qui dépile irrégulièrement la région. Ordinairement, il y a en même temps de la leucorrhée, qui souvent, de son côté, provoque et entretient l'eczéma (1).

Aux *membres supérieurs et inférieurs*, le côté de la flexion des articulations est souvent le siège de l'eczéma chronique, qui se produit ordinairement d'une manière symétrique sur les deux côtés. Sous le rapport des symptômes, il correspond à l'eczéma chronique des autres points du corps.

Il est gênant surtout parce qu'il empêche la marche (2), parce qu'il rend douloureuse l'extension forcée des membres, et aussi par le prurit intense qu'il provoque. On le trouve, ou bien à l'état isolé, ou bien accompagné d'une semblable affection localisée sur une autre partie du corps, et particulièrement d'autres lésions prurigineuses provoquant le grattage, spécialement la gale et le prurigo.

Aux *mains et aux doigts*, l'eczéma se montre sous des formes très

---

(1) L'eczéma purement de cause *leucorrhéique* est peu fréquent et peu grave; l'eczéma *vaginal*, propagé de la peau à la muqueuse, est au contraire plus ordinaire et tenace.

Chez la femme, dont l'organisation est si défectueuse sous le rapport de l'urination, l'eczéma *urinaire* est fréquent, en rapport avec l'hyperurie, le catarrhe vésical et l'incontinence, *surtout avec la glycosurie*, à ce point que l'eczéma vulvaire suffit souvent pour mettre sur la trace de la maladie diabétique. En tout cas, il ne guérit guère que lorsque les parties sont soustraites au contact de l'urine, ou quand la qualité de ce liquide est rétablie normale. L'eczéma glycosurique balano-préputial de l'homme est absolument du même ordre.

E. B. — A. D.

(2) L'eczéma fissuraire des plis de flexion amène, à sa suite, des pseudo-contractures par douleur fonctionnelle, que l'on doit distinguer des *contractures vraies;* et, d'autre part, cet eczéma, *cause* de la rétraction, ne doit pas être pris pour l'intertrigo, propre aux plis de contact des membres contracturés. C'est affaire d'observation attentive.

E. B. — A. D.

diverses, dont la plus ordinaire me paraît être celle qui résulte de l'action fréquente sur la peau de certaines substances irritantes, spécialement la lessive et l'eau chez les blanchisseuses (eczéma des blanchisseuses), les servantes, les garçons de salle. Diverses substances pulvérulentes, chez les épiciers (gale des épiciers), chez les boulangers (gale des boulangers); les acides minéraux, la térébenthine, le sublimé, etc., chez les dégraisseurs, les typographes, les étameurs de glaces, les fabricants de chapeaux, produisent également l'eczéma des mains et des avant-bras. Suivant que ces substances nuisibles agissent sur une partie ou sur la totalité de la main, l'intensité, l'étendue et la forme de l'eczéma doivent également varier, de sorte que ces divers signes permettent de reconnaître exactement quelle est l'occupation du malade.

Ces eczémas professionnels se présentent, en général, sous forme de disques plus ou moins nettement délimités, au niveau desquels la peau est épaissie, rouge, couverte d'épiderme calleux, de pustules ou de croûtes.

Dans ces circonstances, les ongles, en totalité ou en partie, sont atteints par l'eczéma; ils deviennent secs, cassants, ils se fendillent et tombent par morceaux. De plus, les ongles peuvent présenter les diverses lésions que nous venons d'énumérer, même sans que la main soit le siège d'un eczéma; ils s'altèrent ainsi par voie sympathique toutes les fois qu'il existe sur un autre point quelconque du corps, fût-ce seulement sur le scrotum, un eczéma persistant depuis plusieurs années (1).

---

(1) *Eczéma des ongles et dystrophies unguéales des eczémateux.* *a) Eczéma des ongles.* L'eczéma *vrai,* des extrémités des doigts, à moins de le supposer de très longue durée, n'altère guère le tissu de l'ongle.

Quand on trouve des lésions unguéales avec des altérations du périongle, il s'agit le plus communément de *dermites eczématoïdes*, de véritables *onyxis* et *péri-onyxis*, produits par des irritants divers, chimiques ou mécaniques, chez les imprimeurs, les maçons, les mécaniciens, les confiseurs — Voy. PONCET, Onyxis des confiseurs, *in Bull. de l'Acad. de Méd.*, mars 1889, et ALBERTIN, Note sur le mal des confiseurs, etc. *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1889, p. 173, — les épiciers, les cuisiniers, les chauffeurs, les dévideurs de cocons, les fileurs et varouleurs de lin — Voy. LELOIR, in *Ann. de Dermat.*, mars 1885, 2e série, t. VI, et *Thèse* de LEFÈVRE, Contribution à l'étude des dermites professionnelles, — etc., etc.

Isolé, l'eczéma unguéal comprend deux types principaux : 1° *Ec. péri-onyxique*, avec lésions unguéales subaiguës, décollement partiel,

Une forme intéressante de l'eczéma non artificiel de la paume de la main, et qui s'observe principalement chez les femmes, se manifeste par la formation d'un épaississement brun jaune sale, calleux, mais du reste lisse, de l'épiderme de la paume de la main et du côté de

---

latéral, etc., érosions, déformation sans épaississement; eczéma cutané péri-unguéal. — 2° *Ec. unguéal proprement dit*, subaigu ou chronique, sans rougeur apparente, ou avec rougeur marginale au début, avec altérations variées et profondes de la nutrition de l'ongle, qui subit la décortication fibrillaire, l'exfoliation lamellaire, se décolle à quelques millimètres de la lunule, ou aux angles, ou vers le bord libre; toutefois, le décollement proprement dit appartient plus souvent au psoriasis des ongles qu'à l'eczéma.

Durand — *Mém. et Bullet. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1888, p. 613 — a rapporté un cas de décollement unguéal de toute la surface, la racine restant adhérente, et l'ongle continuant à pousser comme un ongle sain. Il s'agissait d'une jeune fille n'ayant ni syphilis, ni teigne, ni eczéma, ni psoriasis, ni troubles nerveux. Ces variétés sont lentes, mais curables; leur interprétation ferme est encore à donner; nous les rapportons, le plus habituellement, au psoriasis ou à l'eczéma; la restitution *ad integrum* peut être observée.

Dans d'autres cas, l'ongle se fracture verticalement ou transversalement, en forme de rhagade, de craquelure, etc.; il s'épaissit, se déforme, bombe ou s'excave, se bossue, devient montagneux, etc., réalisant, avec une grande variété dans le détail, diverses déformations bien étudiées par de la Harpe — Note s. l'eczéma des ongles, *in Revue méd. de la Suisse rom.*, 20 févr. 1889. — Ces dernières variétés sont extrêmement lentes, progressives, habituellement symétriques, quelquefois successives; chez quelques sujets, permanentes avec accalmies et exacerbations. La guérison peut être entière, sans laisser aucune trace, ou être suivie de déformations, d'onychogryphose, et même de destruction définitive si la maladie évolue dès l'enfance.

b) *Dystrophies unguéales des eczémateux.* Chez les sujets qui ont ou qui ont eu de l'eczéma, surtout aux mains, mais aussi dans les autres régions, sans qu'il y ait jamais eu de processus déclaré comme dans les cas précédents, il est très ordinaire de trouver des déformations d'ordres divers qui ne sont pas exclusives à la maladie eczémateuse proprement dite. Ce sont des saillies linéaires ou des enfoncements sulciformes, réguliers ou ondulés, des ponctuations discrètes ou très multipliées, comme on les ferait dans la cire avec un poinçon. Bazin, ayant cru remarquer que les lésions étaient transversales dans le psoriasis, et verticales dans l'eczéma, attachait à cette direction une valeur diagnostique positive, mais les unes et les autres s'observent dans chacune des deux maladies, ainsi que les cannelures, les poinçonnements irréguliers ou alignés systématiquement, etc.

La raison réelle de ces altérations reste obscure, et la question n'est

flexion des doigts (eczéma tylosique). Le prurit qui se montre de temps en temps et l'apparition de vésicules miliaires, semblables à des grains de semoule, qui se développent à la suite du grattage ou sous l'influence du savon de potasse, tels sont les seuls signes qui permettent de reconnaître que cette affection est un eczéma. Il y a aussi un eczéma bulleux et pustuleux à forme chronique, c'est-à-dire dans lequel il se fait continuellement de nouvelles poussées éruptives, que l'on observe sur les mains cyanosées, chez des personnes chlorotiques.

L'eczéma chronique de la jambe est très important au point de vue pratique ; on lui a donné, particulièrement à une époque déjà ancienne, des interprétations très singulières en pathologie.

Ainsi l'on a considéré cet eczéma comme une sorte de dérivation nécessaire par rapport à des altérations pathologiques supposées ou réelles, situées à une certaine distance de l'eczéma, par exemple à des anomalies de la menstruation, aux hémorrhoïdes, à des affections hépatiques et cardiaques. Quant au suintement séreux qui est lié à l'eczéma, et auquel on donnait le nom de flux salin (*fluxus salinus*), on le considérait comme une sécrétion salutaire et même peut-être comme supplémentaire d'autres sécrétions, telles que celles des reins, des règles, etc. ; aussi se gardait-on bien de chercher à le guérir : c'eût été une chose inopportune ou même dangereuse. Si l'on observe les faits avec soin et sans prévention, on voit que l'eczéma de la jambe présente au fond et réellement les mêmes phénomènes que tout eczéma situé sur un point quelconque du corps.

L'eczéma de la jambe diffère seulement des autres formes de cette affection en ce que, comme cela ressort de son étiologie même, il existe habituellement des altérations locales déterminées des tissus, altérations qui constituent la cause proprement dite de l'eczéma ou bien qui l'entretiennent. De ce nombre sont les varices, les hémorrhagies, les ulcères et les cicatrices provenant de ces dernières, ou enfin un état de pachydermie glabre, tubéreuse ou verruqueuse (1).

---

guère éclaircie si l'on suppose, avec l'auteur, qu'elles se développent « par voie sympathique ». Ce qu'il faudrait savoir, c'est si elles ont leur source dans un processus eczémateux local, latent, ou bien si elles indiquent seulement un trouble général de la nutrition, ou encore si elles sont en rapport avec des lésions centrales du même ordre que celles qui peuvent gouverner quelques eczémas; mais nous n'avons aucune réponse à donner à ces questions.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'eczéma, AINSI QUE LES LÉSIONS DE TOUT ORDRE, de cause externe ou interne, rencontre aux membres inférieurs en général, et aux jambes

Le degré le plus élevé de la maladie appartient à l'eczéma chronique généralisé, dans lequel, depuis le crâne jusqu'aux orteils, la peau est rouge, épaissie, squameuse et fendillée sur un point, suintante ou couverte de croûtes sur un autre, tableau kaléidoscopique composé de toutes les formes localisées que nous avons décrites. Les cheveux tombent, les ongles sont dégénérés, les paupières renversées (ectropion), les malades ont des frissons, se grattent sans cesse et ont une existence insupportable; à un tel degré, cependant, le mal est guérissable, si l'on peut en faire disparaître la cause.

Je dois encore signaler deux formes particulières d'eczéma, et d'abord celle qui est connue sous le nom d'impétigo contagieux de la face (Tilbury Fox), ou d'impétigo parasitaire (Kaposi), affection caractérisée par une éruption aiguë de bulles superficielles, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Elles sont disséminées et se dessèchent très rapidement en croûtes semblables à de la gomme, au-dessous desquelles l'épiderme se reproduit aussitôt, ou elles s'étendent sous forme de cercles bulleux concentriques jusqu'à la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, semblables à de l'herpès tonsurant ou du pemphigus. Cette éruption est accompagnée d'un gonflement considérable des ganglions sous-maxillaires. De même que Tilbury Fox, j'ai vu, moi aussi, maintes fois, plusieurs personnes, mais principalement les enfants d'une même famille ou d'un pensionnat, en être atteints. On a supposé, d'après ces observations, que cette affection était conta-

---

en particulier, des *conditions spéciales d'infirmité de tissu* résultant de l'éloignement du centre, de la déclivité, de la tension vasculaire, de la fatigue fonctionnelle, etc., etc., qui exagèrent, au premier chef, son intensité, sa durée, sa ténacité, etc. Si l'on applique, par exemple, un médicament d'égale énergie à une affection cutanée, d'intensité identique au tronc et aux membres inférieurs, chez un sujet quelconque, la guérison est beaucoup plus rapide sur le tronc qu'aux jambes.

Les hémorrhagies cutanées ont, aux jambes, leur lieu d'élection; les érythèmes y prennent presque invariablement le caractère noueux; les syphilides et les lésions scrofulo-tuberculeuses s'y amplifient au point de *sembler différentes* de celles qui existent en même temps sur le reste du tronc, et sont déformées par le processus éléphantiasique.

S'il existe une névrite sciatique chronique, des dilatations variqueuses, de la lymphangiectasie, ce sont des CONDITIONS NOUVELLES qui s'ajoutent aux précédentes, et aggravent singulièrement la lésion dans tous ses éléments.

Enfin, si des altérations de tissu, atrophie sénile, atrophie hyperchromique, cicatrices, fractures mal consolidées, etc., etc., viennent se surajouter, la lésion atteint son plus haut point de complexité et d'incurabilité. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

gieuse, hypothèse qui a paru encore confirmée quand j'ai montré sous la paroi de ces bulles un champignon que Geber a aussi trouvé plus tard. Geber et Lang croient qu'il s'agit ici d'une forme de l'herpès tonsurant vésiculeux.

Je peux admettre la légitimité de cette interprétation tout au plus pour les cas observés par ces auteurs. Lorsque la maladie se développe sous sa forme typique, c'est-à-dire avec des bulles séreuses très superficielles, souvent à marche progressive circinée, devenant rarement purulentes, qui, le plus souvent, se transforment en croûtes, cet impétigo constitue incontestablement une espèce particulière de maladie et vraisemblablement de nature contagieuse, quoique jusque dans ces derniers temps, à part les champignons de moisissure que nous avons trouvés, il n'existait aucune trace nouvelle d'un élément organisé.

Cette preuve la plus récente se rapporte à une épidémie, décrite par Eichstedt, de Greiswald, survenue en juin 1885, à Wittow-sur-Rügen, à la suite d'une vaccination générale, et qui présenta tous les caractères d'un impétigo contagieux (1). La vaccination fut faite avec de la lymphe mélangée à du thymol et plus tard étendue de glycérine. Or, le Dr C. Pogge, de Stralsund, a trouvé dans le contenu des vésicules des cocci qui s'y multipliaient et, par des inoculations ultérieures à des adultes, provoquaient une éruption semblable qui était elle-même contagieuse. Mon assistant, le Dr Lustgarten, a également obtenu de l'impétigo contagieux des cultures pures de cocci; en faisant des frictions avec ces cocci sur l'épiderme de son bras et sur celui d'un de ses collègues, il vit survenir des vésicules et des papules disséminées. Toutefois il ne survint pas d'éruption bulleuse caractéristique. De nouvelles recherches sont donc encore nécessaires.

Mais, comme on le voit, nous nous rapprochons toujours davantage de l'agent étiologique de l'impétigo contagieux.

---

(1) Voy. E. Chaumier, *Congrès de Blois*, Une maladie à manifestations multiples, *Semaine médicale*, 1884, p. 374 — L. Dewevre, Sur la nat. contag. de l'impétigo, *Arch. gén. de méd. et de pharm. militaires*, 1885 — Ch. Eloy, De la contagiosité et du parasitisme de l'impétigo au point de vue thérap. et prophylact., *Union médicale*, 1885 — G. Comby, Note sur quelques formes, etc. de l'impétigo chez les enfants, *France méd.*, 1887, p. 1832 — M. P. Pourquier, Des accidents que l'on observe quelquefois après la vacc. animale, etc., Mém. lu à la Soc. de méd. publ., *Revue d'hyg. et de police sanit.*, 1888, t. X, p. 957. Discussion, p. 996 — Perron, De l'impétigo d'origine vaccinale, *Bullet. méd.*, 1888, p. 1476, etc., etc. — Ch. Éloy, Traitement prophylactique et antiseptique de l'impétigo, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Paris, 1889.

E. B. — A. D.

Comme dans ma première publication, je dois également faire remarquer ici que l'affection pourrait être confondue accidentellement avec de la varicelle ou du pemphigus.

De plus, il faut bien distinguer de cet impétigo contagieux l'impétigo de la face, dont l'éruption coïncide généralement avec la présence de quelques poux de tête et de lentes; ce qui expliquerait parfaitement l'apparition en masse ainsi que la récidivité, sur laquelle a insisté Unna (1).

---

(1) Le terme d'*impétigo* ne spécifie pas une affection unique ni univoque, mais il réunit une série assez confuse d'affections qui ont une origine extrinsèque et des caractères cliniques communs plus ou moins accentués. Toutes ont une certaine *rapidité d'évolution*, débutent par une *vésicule*, plus éphémère que la vésicule eczématique; toutes présentent une *vive* irritation du réseau, laquelle donne lieu, en abondance, au suintement d'une matière d'un jaune doré, *très concrescible*, qui se produit, s'écoule, se concrète, se reproduit, dans quelques cas, avec une extrême abondance.

La vésicule peut être très petite, se rompre promptement, pendant que l'irritation, la phlycténisation et la sécrétion flavescente se reproduisent à sa périphérie. Dans ces cas, impétigo commun, vulgaire, la vésicule n'est constatée que par un observateur informé et attentif, et le seul fait universellement reconnu et caractéristique réside dans la formation, l'accumulation et la reproduction des croûtes. Le plus ordinairement, la concrétion isolée ou agglomérée est irrégulière; quelquefois elle est, au contraire, régulièrement disposée en disques plus ou moins parfaits, qui s'accroissent excentriquement, présentant à la périphérie un bord relevé; nous avons déposé dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les n°s 487 et 503, un très bel exemple de cette forme.

Dans d'autres cas, la vésicule s'étale, devient varicelloïde, ou forme de véritables bulles, comme dans le cas représenté dans l'atlas de Tilbury Fox, pl. XXIV et p. 39.

Dans tous les cas, cette forme dermatologique se rapporte à l'action d'irritants *divers* venus du dehors et qui peuvent, soit chez le même sujet, soit chez d'autres, produire ou multiplier des lésions de même ordre; c'est-à-dire qu'elle est contagieuse. Elle peut être isolée, ou associée à d'autres altérations telles que l'eczéma, donnant lieu à des formes mixtes, eczéma impétigineux.

Il est hors de doute pour nous qu'elle n'a pas comme agent producteur un élément *unique*, mais qu'elle peut naître de la série très multipliée des éléments bactériens qui existent dans toutes les suppurations, quelle qu'en soit l'origine. Les observateurs qui voudront faire chez chacun des sujets atteints, presque tous jeunes, une enquête attentive, trouveront la source contagieuse, soit dans l'entourage du sujet, soit plus ordinairement sur lui-même, dans quelque lésion suppurative du cuir chevelu, des doigts ou d'un autre point du corps. Cette suppuration initiale sera parfois déjà tarie quand l'enquête sera faite, mais il est presque toujours aisé de la *retrouver*, quand on ne se borne pas à l'interrogatoire et que l'on fait soi-même l'examen de la totalité du corps.

On observe surtout l'impétigo de la face chez des enfants, mais souvent aussi chez des adultes; dans ces cas, on peut habituellement mettre en évidence les contacts qui ont eu lieu avec des enfants atteints de cette maladie.

Le processus évolue spontanément dans l'espace de deux à six semaines, et plus rapidement sous l'influence du traitement avec la pommade de zinc et des lavages avec de l'esprit de savon.

L'*eczéma marginé* (Hebra) est également un eczéma particulier. Il est caractérisé par des cercles ou des segments de cercles grands comme une pièce de 50 centimes ou comme la paume de la main, ou plus larges encore, qui se composent à leur périphérie de papules rouges, de vésicules et de petites croûtes, circonscrivent une aire excoriée avec les ongles, présentant une pigmentation foncée et se développant excentriquement autour d'un centre papuleux. Il siège le plus ordinairement sur le scrotum et à la partie correspondante de la cuisse, dans le pli sous-mammaire chez la femme; quelquefois cependant, on le trouve aussi disséminé sur le corps. Partant des plis des parties génitales, ces cercles d'eczéma s'étendent sur la cuisse, sur les régions fessière et sacrée. La macération produite par la sueur (intertrigo), ou par des cures d'eau froide, ou enfin par des ceintures mouillées, est une cause occasionnelle non douteuse de cette affection. Depuis que nous avons, Kœbner, Pick et moi, constaté la présence de champignons dans les couches épidermiques de l'eczéma marginé, cette circonstance ne fait plus doute pour personne; la seule question à ce sujet est de savoir si l'on doit identifier cette affection avec l'herpès tonsurant. Or, elle se

---

Lorsque la lésion est simple, impétigo vrai, qu'elle n'est pas dévé-oppée sur un tégument déjà envahi par l'eczéma, elle est, d'ordinaire ·ès facilement réductible par un traitement approprié. Si l'on ne roduit pas de dermite médicamenteuse, l'impétigo ne laisse à sa suite ue de simples macules érythémateuses, mais qui persisteront plus ou oins longtemps, ce dont il est bon d'avertir les intéressés.

Le pronostic de durée est tout différent si l'on se trouve en présence on pas d'un impétigo vrai, mais d'un eczéma impétigo, c'est-à-dire une lésion mixte et compliquée.

La curation consiste : 1° à oblitérer sûrement la source pyogénétique, elle est encore ouverte; 2° à débarrasser la peau des sécrétions pathogiques accumulées à sa surface; 3° à faciliter la résolution et la répation cicatricielles.

Les pulvérisations de vapeur tiède d'eau boriquée; les cataplasmes fécule convenablement faits et appliqués; des pansements exacts minutieux avec les emplâtres ou la pommade de zinc additionnée de ibles quantités d'acide borique ou salicylique suffiront d'ordinaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

distingue de ce dernier par sa ténacité; elle persiste quelquefois pen dant quinze à vingt ans et plus encore, — par le violent prurit qu'elle détermine, par sa faible contagiosité et par sa grande tendance à réc diver sur place (1). Je reviendrai plus tard sur cet eczéma lorsque parlerai de l'herpès tonsurant. Peut-être faut-il ranger ici la form décrite par Hans Hebra, constituée par des plaques eczémateuses di crètes, sèches, à récidives fréquentes, dans lesquelles il a trouvé d traces de champignons (2).

Quant à l'eczéma qui fait partie de l'ensemble de symptômes de gale, j'en parlerai dans un autre endroit.

---

(1) Les dermites catarrhales, figurées ou marginées, que Hebra a réunis et confondues sous la dénomination unique d' « *eczéma marginé* », représentent pas une affection univoque. Elles reconnaissent des *caus distinctes*, et ne doivent pas être identifiées par cette seule raison que la plupart d'entre elles, soit à cause de la localisation anatomotopog-phique, soit parce qu'elles portent sur les mêmes éléments anatomiqu, revêtent des caractères objectifs plus ou moins semblables.

Tantôt elles sont le produit direct de la présence de microphy s classés, trichophyton, microsporon d'Eischtedt, microsporon minuti-mum, etc., et alors leur description doit être reportée au chapitre s dermatophyties; tantôt elles reconnaissent pour cause des élém s moins nettement déterminés, et leur étude réclame une place spéci e.

E. B. — A. D.

(2) A côté des dermites catarrhales certainement parasitaires, il en est d'autres, sur une échelle plus étendue que ne semble l'indiquer l'auteur, qui affectent avec les premières de très nombreux rapports, en même temps que par leurs caractères décidés d'extériorité, de du-ration, par leurs réactions thérapeutiques, elles s'éloignent des der-mites eczémateuses propres ou vulgaires. Mais elles se distinguent aussi des premières en ce qu'elles se généralisent beaucoup plus, qu'elles sont moins indépendantes des conditions individuelles, et que, sans cesser d'être influencées par certaines localisations anatomotopogra-phiques, telles que les régions pilaires, les surfaces de contact, etc., elles ne s'y cantonnent pas aussi régulièrement; elles sont *mixtes* ou *inter-médiaires*.

Leur élément parasitaire est probable, non défini ni démontré et leur sélection ne peut pas encore être basée sur ce caractère. Elles ne semblent être contagieuses, ou transmissibles, que dans de faibles proportions.

Ces dermites spéciales ont été indiquées par nous en termes précis dans les notes de la première édition de cette traduction — 1881, II, p. 435, note 1; p. 448, notes 1-2; p. 449, note 1; — elles sont con-gestives, superficielles, catarrhales à type sec, stéatosique, et même séreux selon le degré de l'irritation et les localisations élémentaires, cornée, malpighienne, sébacée, sudorale. Dans leurs formes en-

elles, elles sont figurées, plus ou moins régulièrement disposées en isques, en anneaux, circinées, serpigineuses.

Selon leurs caractères willaniques grossiers, elles se trouvent aujour-'hui disséminées dans presque tous les groupes dermatologiques : le *ityriasis* – Pityriasis vulgaire — l'*eczéma* — Ec. sec sébacé, séborrhéique, tc.; — le *lichen.* — L. annulatus, circinatus, serpiginosus de Wilson, tc.; — le *psoriasis* — quelques variétés de Ps. de la tête, de la face, es plis articulaires, aigu, en gouttes, circiné; — les *acnés* et les *yperidroses* — Séborrhées sèches et humides; hyperidroses localisées; osacée squameuse et eczématiforme de la face; et jusque dans les *pus* — variétés superficielles et facilement curables de L. éryth. de face et du cuir chevelu.

Le lecteur trouvera dans l'*appendice* suivant un aperçu succinct de ielques-uns des principaux faits de cette question.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE

Synon. : *Eczéma* sec, *circonscrit*, des auteurs — *Lichen annulaire pigineux*, etc., de WILSON; *Eczéma* ou *pityriasis acnéique*, ou *acnéi-me* du sternum de BAZIN ; *Eczéma acnéique* de LAILLER; *Circinaria* de YNE — *Séborrhée sèche du cuir chevelu*, et *Pityriasis* de beaucoup uteurs. — *Lichen acnéique*, *circiné* — *Eczéma de la flanelle*, etc., etc.

I

Deux points dominent l'histoire de ces affections : la supposition de l'existence d'un élément parasitaire dans leur constitution, et la question du rapport qui les unit au système stéatipare de la peau.

Sur le premier point, rien n'est décidé : pour notre part, notre opinion à cet égard est restée semblable à celle qui est exposée dans les notes de la première édition de cette traduction que nous venons de rappeler tout à l'heure. Nous admettons qu'un élément *extrinsèque*, probablement parasitaire, joue un rôle quelconque dans le processus morbide, mais nous ne savons pas quel est cet élément, ni d'où il vient, du dehors ou du dedans ; nous le considérons comme individuel, médiocrement actif et peu transmissible d'un sujet à un autre, en dehors des régions pilaires.

Sur le second point, la question du rapport qui unit ces affections au système stéatipare, quelques déclarations sont nécessaires.

En général, on se rend un compte imparfait de la *fonction stéatipare* de la peau, celle qui tient sous sa dépendance l'humidité, l'état onctueux de l'épiderme, qui rend insensible sa desquamation normale, et

donne à la peau les qualités de souplesse et de perfection sensoriell qui lui appartiennent.

Dans le thème classique, on rapporte toute la fonction au systèm sébacé, lequel n'en remplit en réalité qu'une partie, tandis que la stéat sation, la lubréfaction graisseuse de la peau dépendent synergiquemen ainsi que nous l'avons indiqué plus haut — Voy. note 1, page 153 - des deux appareils différenciés à la fois, les glomérules sudoraux et le follicules sébacés, et du système entier des cellules kératinisées.

Voilà notablement élargie la base sur laquelle a été conçue, jusqu présent, la pathologie de la peau dans ses rapports avec l'appare stéatipare, lequel ne reste plus confiné dans la limite exacte des gland sébacées, ni même dans celle des seuls appareils différenciés.

Mais, sur cette base nouvelle, aussi bien que sur l'ancienne, de nor breuses difficultés se présentent quand on cherche à interpréter l faits pathologiques : Lorsqu'on rencontre une irritation cutan coïncidant avec l'hyperstéatose, l'hyperidrose ou l'hyperséborrhé quel est le rapport qui intervient entre les deux faits ? L'irritati est-elle, comme le pensent presque tous les auteurs qui ont traité de séborrhée, le *résultat* soit de l'hyperfonction, soit de l'irritation caus par la décomposition chimique, la fermentation des produits exc tés ? Ou bien l'hyperfonction dérive-t-elle de l'irritation préalable tissu ? Et, dans cette dernière hypothèse, quel est l'irritant ? Est multiple ou unique, spécifié ou banal, intrinsèque ou d'origine ex rieure ? Est-il, enfin, d'ordre microphytique ?

II

C'est seulement depuis quinze ou vingt ans, sous l'action simulta des recherches histologiques et des progrès de l'observation clinique POHL PINCUS, VAN HARLINGEN, MALASSEZ, DUNCAN BULKLEY, PIFFARD, etc., — que, « le pityriasis » d'abord, puis diverses lésions eczématoïde différencient des séborrhées, ou, tout en étant, par tradition, décr avec les séborrhées, prennent corps cliniquement. C'est ainsi que trouve dans DUHRING — 1re édition, 1877 — au chapitre des séborrh de la tête et du corps la description des formes essentielles de ce UNNA décrira plus tard sous le nom d'eczéma séborrhéique. A l'hô Saint-Louis, ces formes dermatologiques sont étudiées avec soin de beaucoup d'années, et nous-mêmes, dans les notes de la prem édition française de KAPOSI, avions donné de la variété élément typique, dans son lieu d'élection, une description qui n'était pas venue à la connaissance de UNNA quand il a écrit sur l'eczéma sé rhéique, ainsi qu'il l'a déclaré dans ses *Lettres* de Paris en 1888.

Voici ce que nous avons écrit en 1880 :

« En dehors du pityriasis versicolore que la sudation, le séjour au l présence de la flanelle longtemps portée, favorisent certainement, on contre très fréquemment sur les régions antérieure et postérieure du t une *affection eczématiforme particulière*, que l'on confond avec diverses rations différentes. Généralement disposée sous forme de disques pl

ioins arrondis ou semi-lunaires, elle s'observe surtout chez les sujets (les ommes notamment) qui portent sur la peau une chemise de laine ou de anelle. Cliniquement, c'est un *eczéma érythémateux*, eczéma souvent fruste, ec saillie acnéiforme des follicules pilosébacés et *bordure finement incisée*, cupée par une croûtelle légère. Aux alentours, quelques groupes d'eczéma ipuleux léger, avec croûtelle au sommet, sans forme précise; quelques-uns pendant, examinés à la loupe, *se montrent entourés individuellement de la tite fissure fine périphérique, que nous considérons comme pathognomonique.* - *Cette affection est parasitaire*, avec parasites de l'ordre de ceux qui vien- nt d'être déterminés dans la note ci-dessus. Sa guérison s'obtient aisé- ent avec le savon noir et avec tous les agents d'élimination épithéliale. » rnest Besnier et A. Doyon, trad. franç. de Kaposi, t. II, p. 449, Paris, 81.)

Depuis longtemps, nous savions, et notre collègue M. Vidal enseignait mme nous, que diverses variétés de séborrhée et d'hyperidrose du ir chevelu se rencontraient régulièrement chez les sujets qui étaient teints de cette espèce d'eczéma. Depuis 1878, nous avions déposé, ns le Musée de l'hôpital Saint-Louis, les pièces établissant l'échelle mplète de ces formes cliniques, depuis l'incisure annulaire ou semi- naire simple et discrète — Pièce 864, — ayant la netteté d'une figure hématique — les anneaux confluents perdant leurs bords de contact formant les contours multicerclés festonnés, avec l'atmosphère d'élé- nts folliculaires isolés — croissant excentriquement pour devenir oidement annulaires et se déformant par rencontre avec les éléments sins — Pièces 504, 875, — jusqu'aux grands placards discoïdes des mbres — Pièce 876.

Mais, nous sommes les premiers à le reconnaître, c'est à Unna que ient le mérite de la généralisation et de la constitution ferme d'un pe particulier décrit par lui sous le nom d'*eczéma séborrhéique*, et st à lui que revient l'honneur d'avoir posé les bases d'une révolution nt les effets heureux sont déjà incontestables pour les progrès de la matologie ; peu importent sur ce point les modifications qu'il sera essaire d'apporter à sa doctrine ; cela n'enlève rien ni au mérite l'auteur, ni au service qu'il a rendu.

Le lecteur qui voudra prendre les choses à l'origine trouvera les bases la conception de Unna aux sources qui suivent : 1° *Monatshefte f. kt. Dermat.*, 1887, n° 15 — Was wissen wir von der Seborrhœe? — Que ons-nous sur la séborrhée? — Trad. française par Doyon ; *in Annales de mat.*, 2e série, t. VIII, p. 705-715 ; 1887, — 2° Das seborroische em, *in Monatshefte*, etc., 1887, n° 18, Trad. franç. par Doyon, *in ales de Dermat.*, 2e série, t. IX, p. 98 à 111, 1888. Les lecteurs langue anglaise trouveront le texte même de l'auteur, tel qu'il l'a mmuniqué à la section de Dermatologie du Congrès international de shington en 1887, *in Journ. of cut. and g. u. dis.*, déc. 1887, avec chromographie représentant la lésion dans l'un de ses lieux ection, la région thoracique antérieure.

our Unna, l'eczéma chronique de Hebra doit être divisé en une e d'espèces spéciales qu'il distingue, surtout au point de vue des essités de la pratique, selon leurs conditions étiogéniques : tels,

chez les enfants pris pour exemple, l'*eczéma réflexe* ou *nerveux*, Ec. de la dentition ; l'*eczéma « tuberculeux »*, correspondant à l'ancien Ec. « scrofuleux », l'eczéma séborrhéique.

L'eczéma « séborrhéique » est, pour Unna, le TYPE de l'eczéma, et il engloberait la plupart des eczémas ; il le considère comme *microphytique* il est disposé à penser que *tous* les eczémas *vrais* sont microphytiques, et que ceux qui ne semblent pas l'être aussi probablement devront peut-être subir un déclassement.

La *lésion anatomique,* de formes variées, est une dermite catarrhale *produisant* une hyperidrose graisseuse, avec infiltration graisseuse de l'épiderme et exfoliation sèche, grasse ou humide.—Voy. *Congrès dermat. de Paris,* 1889. Le début et le *point de départ* des altérations sont dans le cuir chevelu, « pityriasis, séborrhée sèche, etc., » des auteurs, — à l'état latent souvent pendant des années ; — de là, l'eczéma *descend* sur les autres parties du corps, de sorte que la préexistence du procès sur le cuir chevelu dans la plupart des cas est la *cause* des transmissions sur d'autres parties du corps, et est le foyer principal de la maladie, à ce point qu'il n'y a de guérison complète de l'eczéma du corps que par la guérison de l'eczéma de la tête.

Sur tous ces points, la discussion est ouverte. Pour l'élément parasitaire, la démonstration reste à faire ; elle est en cours d'étude dans le laboratoire de UNNA — Voy. Die Züchtung der Oberhautpilze, *in Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1888, n° 10. Anal. franç. *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, Déc. 1889 — mais elle n'est pas près d'être terminée.

Sur le rapport hiérarchique à établir entre l'irritation cutanée et l'hyperstéatidrose — *hyperidrose graisseuse* — nous faisons les plus expresses réserves, d'une part en déclarant que les glandes sébacées doivent rester associées aux follicules sudoripares dans l'interprétation processus; de l'autre, en persistant à penser que la stéatorrhée est une des *causes* essentielles de l'irritation des éléments anatomiques qui constitue l'eczéma.

Pour établir la part effective des glandes sébacées, il suffit de rappeler que, dans beaucoup de cas, la séborrhée *véritable* est évidente, l'état *acnéique* manifeste, et qu'il n'est pas rare de rencontrer des formes de transition dans lesquelles l'acné et l'eczéma se confondent à ce point que, pour deux observateurs différents, l'un diagnostiquera « eczéma » séborrhéique, et l'autre « acné ». Voy., — *Réunion hebd. des médecins de Saint-Louis* — une présentation de HALLOPEAU, intitulée Acné, et eczéma séborrhéique, février 1889.

D'autre part, les faits cliniques les plus manifestes montrent le rôle de la séborrhée et de l'hyperidrose *préalables* dans la provocation de l'eczéma soit par irritation fonctionnelle congestive, soit par altération des produits d'excrétion qui infiltrent l'épiderme, et qui sont retenus dans les vêtements, coiffures, etc.

Mais, sans nous attarder davantage à agiter des questions auxquelles une réponse ferme est actuellement impossible, nous arrivons directement à l'exposé des caractères cliniques de l'eczéma séborrhéique.

III

L'eczéma séborrhéique présente une très grande variété d'efflorescences, depuis la desquamation pityriasique la plus légère jusqu'à des concrétions squameuses, épaisses, psoriasiformes, et au suintement eczématique commun, dernier terme dans lequel la maladie déformée n'est plus objectivement typique et ne peut plus être caractérisée que par l'anamnèse ou par la coïncidence d'autres altérations significatives.

Dans ses formes typiques, l'eczéma séborrhéique est figuré, discoïde, annulaire, circiné, formant par la réunion de ses éléments et par l'effacement de leurs bords de contact des surfaces quelquefois très grandes, à bords festonnés.

Son aspect, son évolution, son importance, varient selon les diverses *localisations*, dans des conditions dont voici l'exposition textuelle, telle qu'elle a été faite par Unna :

« Le point de départ de presque tous les eczémas séborrhéiques anciens, à peu d'exceptions près, est le cuir chevelu. Très rarement, l'affection commence par une maladie correspondante du bord des paupières ou de l'une des régions de la peau qui sont en contact l'une avec l'autre, riches en glandes sudoripares, creux de l'aisselle, pli du coude, pli cruroscrotal. Sur le cuir chevelu, elle débute, en général, d'une manière insensible, et ce n'est que l'aggravation subite après des mois ou des années de durée, la chute notable des cheveux, l'accumulation inusitée de squames ou de croûtes, un prurit intense ou enfin une humidité circonscrite, en un mot, un eczéma évident qui amène le malade chez le médecin. L'affection commence donc comme un catarrhe latent. Les premières traces se manifestent par une consistance plus solide de la couche cornée, qui desquame alors en lamelles cornées plus grandes, et puis par une répartition défectueuse de la graisse de la peau, les cheveux devenant plus secs par suite de l'oblitération des follicules pileux, tandis que l'épiderme et les squames qui s'en détachent contiennent une proportion anormale de graisse (provenant des glandes sudoripares). De là, le processus progresse sur le cuir chevelu de trois façons différentes. Les squames augmentent, mais restent toujours blanches et modérément grasses; peu à peu, elles s'accompagnent d'une chute plus abondante de cheveux, et on voit se produire la calvitie de l'alopécie pityrode, tandis que le cuir chevelu, sur les points chauves, devient moins mobile. La desquamation cesse de nouveau, pour finalement s'arrêter tout à fait avec une calvitie caractérisée et faire place à une hyperidrose huileuse.

« Dans une autre série de cas, la quantité de squames augmente au point de constituer le principal symptôme pendant toute la durée de la maladie. Les squames s'accumulent entre les cheveux, soit sous forme de croûtes épaisses, grasses, qui adhèrent plus ou moins solidement à la peau; mais on peut, en général, les détacher sans provoquer d'écoulement de sang. Ou bien, en cas d'affection légère, elles entourent les cheveux à leur émergence du follicule pileux, en formant une gaine de matière cornée. La coloration des croûtes grasses varie du blanc, en passant par le jaune et le brun, jusqu'au brun foncé; toutefois cette coloration ne tient nullement à l'âge des squames et à leur malpropreté, mais elle est différente dans chaque cas et reste la même pendant toute la durée de la maladie. Tandis que la première forme atteint en général assez régulièrement tout le cuir chevelu, cette

deuxième forme est d'ordinaire plus caractérisée sur certaines régions de la tête (le sommet du vertex et la région occipitale); aussi là on trouve des croûtes épaisses, saillantes, qui reposent également sur une peau hyperhémiée, modérément épaissie. Cette forme plus accusée a une grande tendance à abandonner le cuir chevelu et à s'étendre sur les régions voisines recouvertes de duvet. La première poussée a d'ordinaire lieu à la limite des cheveux du front et des tempes. Dès son apparition en ces points, l'affection est bien plus nettement caractérisée que sur le cuir chevelu. Elle progresse ici avec un bord distinctement tranché, presque toujours rouge, parfois même très rouge, recouvert de squames jaunes, grasses, et qui entoure les cheveux d'une espèce de guirlande d'à peu près un travers de doigt de largeur. Dans bon nombre de cas, la maladie s'arrête là. Cette même région est aussi le siège de prédilection de la syphilis et de l'acné varioliforme. Il y a donc également une couronne séborrhéique dont l'aspect est caractéristique. Plus tard, l'affection passe des tempes sur les oreilles, puis de là au cou ou bien envahit le nez et les joues. Cette variété se complique très fréquemment d'une chute très abondante de cheveux, toutefois ni plus ni moins que dans la première forme. Dans les deux cas, l'alopécie n'est en aucune façon proportionnelle à la quantité des squames, mais uniquement à la tension avec laquelle le cuir chevelu, dans cette maladie, est adhérent à l'aponévrose.

« La troisième variété est celle dans laquelle les symptômes sont le plus caractérisés et dans laquelle il survient de l'humidité. Habituellement, c'est la partie de la région temporale la plus rapprochée de l'oreille sur laquelle se produit l'humidité, qui succède à un pityriasis simple avec prurit, tension et rougeur. Si l'on détache les squames grasses, on trouve au-dessous, comme toujours dans l'eczéma, la couche cornée basale d'un brillant humide, rouge foncé. Quand le suintement devient plus abondant, elle est exulcérée en quelques points, de sorte qu'ici la couche épineuse est mise à nu. Si la sécrétion graisseuse continue, les croûtes qui se forment sont toujours épaisses, friables, humides et en même temps grasses. Presque constamment les oreilles, du moins leur bord externe, sont rapidement affectées; il survient comme d'ordinaire de l'œdème, de la tuméfaction du conduit auditif externe, et il s'y ajoute des malaises subjectifs qui accompagnent tout eczéma de l'oreille. Tandis que la forme humide, chez l'adulte, s'étend en général de l'oreille au cou, elle progresse, chez les enfants, et particulièrement chez les nourrissons qui ont une dentition difficile, sur les joues et le front; l'hyperhémie habituelle de ces parties prépare le terrain. Cette forme humide ne gagne pas toujours le cuir chevelu tout entier; souvent sur le sommet de l'occiput il y a simplement du pityriasis ou de la séborrhée, s'étendant de là sur les parties latérales du cou.

« Souvent aussi, on rencontre une forme plus inflammatoire de l'eczéma séborrhéique de la face, et ceci presque régulièrement dans les cas où, comme dans la période climatérique, des bouffées de chaleur se portent à la face. On voit ici survenir à la suite d'un plus violent échauffement un grand nombre de papules rouges plus ou moins volumineuses, sur le front, le nez et les joues. Les plus petites sont de la grosseur d'un grain de moutarde et arrondies ; les plus grosses à peu près du volume d'un pois et munies de ramifications irrégulièrement dentelées. Ces papules rouges sont sans squames ou recouvertes de fines squames jaunâtres, selon qu'on a ou non fait des lavages. Entre les papules, la peau est rouge et le malade éprouve constamment une sensation légère de brûlure dans cette région médiane de la face. Peu à peu, si l'on n'a pas traité la maladie, cet état s'accentue et il se produit une acné rosée méthodique à laquelle l'auteur a donné le nom

d'eczémateuse. *L'eczéma séborrhéique est chez les femmes une des causes les plus fréquentes de l'acné rosée en général*, et beaucoup de cas d'acné rosée s'améliorent dès qu'on a traité l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu qui l'a provoquée. D'ailleurs, chez les hommes, l'usage de l'alcool n'est que la cause prédisposante la plus éloignée, l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu la cause prochaine, directe de l'acné rosée.

« Chez les jeunes gens, la forme à grosses croûtes est exceptionnellement rare à la face. Cependant, on l'y observe sur des points circonscrits des joues, du nez et du front comme un dépôt gras, friable, très adhérent, jaune brun, semblable à du cérumen et accompagné de douleurs vives dans ces régions. Il survient beaucoup plus fréquemment, d'une manière insidieuse et sans douleurs, des taches séborrhéiques semblables chez les personnes âgées, autour de la bouche et du nez, et qui sont le point de départ des carcinomes (carcinome séborrhagique, de Volkmann).

« Enfin, la face a aussi de la tendance à être affectée de la forme humide de l'eczéma séborrhéique, particulièrement chez les enfants, très rarement chez les adultes, et, dans ce cas, elle est seulement en rapport avec un eczéma humide de toute la tête et du cou. Dans cet eczéma, le prurit est insignifiant, il n'y a jamais de vésicules, mais après l'enlèvement des croûtes grasses succède immédiatement l'eczéma rubrum dont la guérison s'effectue, comme d'ordinaire, après la période squameuse. Dans les aggravations intercurrentes de l'eczéma, il se produit sur la surface humide des poussées de papules très prurigineuses au début.

« Cet eczéma se fixe dans les glandes de Meibomius, tout comme dans les glandes sudoripares, et il est d'une ténacité spéciale. Cette localisation forme précisément, en l'absence de toute affection du cuir chevelu, le point de départ d'un eczéma séborrhéique qui s'étend davantage. Mais l'eczéma de la tête précède dans la plupart des cas ; il serait important pour le médecin de la maison, comme pour l'ophtalmologiste, de connaître cette origine de l'affection oculaire, car sans cela il est impossible d'obtenir une guérison durable de l'affection des yeux. Les croûtes dans cette forme d'eczéma des paupières sont sèches et grasses, elles n'amènent que très rarement la chute des cils, qui toutefois repoussent promptement. Souvent il existe concurremment une conjonctivite palpébrale chronique qui est entretenue par l'affection des paupières.

« Dans le conduit auditif, on peut observer les trois formes de l'eczéma séborrhéique. Dans n'importe quel eczéma séborrhéique de la tête, il y a presque toujours une simple desquamation du conduit auditif avec sécheresse et prurit. La forme croûteuse, plus rare, devient d'ordinaire bientôt humide.

« Les ongles sont rarement atteints d'eczéma séborrhéique; ils présentent alors une hyperkératose du lit unguéal, progressant d'avant en arrière, soulevant les lamelles de l'ongle, comme dans d'autres maladies parasitaires.

« La surface dorsale des mains, spécialement celle des doigts, est également un siège de prédilection de la forme humide. Il est très fréquent de voir un eczéma séborrhéique croûteux de la tête être le point de départ d'un eczéma humide des oreilles et de la face, et ensuite, épargnant le tronc et les bras, d'un eczéma humide de la face dorsale des mains et des doigts. Très rarement les bras et les mains sont le siège d'un eczéma simplement squameux sous forme de plaques aplaties, jaunâtres, prurigineuses et en desquamation. L'affection prend, au contraire, de nouveau un aspect tout à fait spécial dans la paume des mains et à la plante des pieds, quand elle se

localise dans ces régions, ce qui est rare. Le fait seul de se produire dans ce point est déjà une preuve absolue qu'elle est tout à fait indépendante des glandes sébacées. Au lieu de se manifester sous forme de plaques agglomérées ou de cercles serpigineux, on trouve ici de petits amas squameux, analogues à du psoriasis guttata, variant du volume d'un pois à celui d'une cerise, correspondant à des glandes sudoripares isolées. Lorsque la guérison, qui est excessivement lente, se produit, la couche cornée se desquame sur une grande étendue et les surfaces palmaire et plantaire prennent l'aspect d'une carte de géographie. Jamais en ce point il n'y a d'humidité. L'auteur a vu cette localisation tout à fait isolée avec la forme squameuse et croûteuse du cuir chevelu, ainsi que dans l'eczéma séborrhéique généralisé.

« A la partie inférieure du tronc, sur le siège et aux hanches, on n'observe le plus ordinairement que la forme croûteuse, à marche progressive serpigineuse annulaire et gyroïde, laissant après elle des taches jaunâtres, plus tard pigmentées en brun. Dans la région anale, on trouve de nouveau la forme plus élégante de cercles et d'anneaux que l'auteur a déjà signalée au sternum et dans le creux de l'aisselle. Les plis génitaux cruraux et la partie adjacente de la cuisse et du scrotum sont, au contraire, une région de prédilection d'anneaux croûteux informes et représentent par conséquent une variété habituelle de l'eczéma marginé de Hebra. Sous cette dénomination, on a aujourd'hui jeté pêle-mêle toute une série de différentes maladies parasitaires. Au scrotum, la forme croûteuse, après une longue durée, devient presque régulièrement humide. Les cuisses sont rarement le siège de la maladie et ne participent à la généralisation que par quelques plaques. Les surfaces d'extension des genoux ne sont pas davantage un centre d'attraction pour l'eczéma séborrhéique. Il survient, par contre, souvent au creux des jarrets et de préférence aux jambes. Au début de l'affection, constamment, il ne se traduit que par de grosses papules à croûtes informes qui constituent ici plutôt des plateaux et des plaques nummulaires que des anneaux; alors même qu'il dure longtemps, il ne prend pas le caractère humide, principalement s'il existe des varices. On rencontre très rarement des plaques isolées sur la face dorsale des pieds. La plante des pieds n'est affectée que simultanément avec la paume des mains et d'une manière tout à fait analogue.

« A la face, l'eczéma séborrhéique présente quelques particularités tout à fait typiques. La variété squameuse, sur les parties velues, dans la moustache et les favoris, apparaît soit comme du pityriasis diffus, soit par plaques circonscrites, un peu rouges, très prurigineuses. Les poils ne tombent jamais, quelle que soit la durée de la maladie, car il n'y a pas de tension du derme.

« Chez les femmes, la variété squameuse diffuse est rare, mais il survient çà et là des plaques d'eczéma sous forme de fine desquamation et d'une coloration légèrement jaunâtre du front et des parties latérales des joues. On observe en général ici des plaques un peu élevées, circonscrites, squameuses, jaunâtres, jaune grisâtre, qui ne sont souvent perceptibles qu'à un bon éclairage oblique et dont les malades elles-mêmes ne s'aperçoivent pas, quoiqu'elles disent éprouver çà et là, en ces points, des démangeaisons. Ces taches occupent d'ordinaire le front, les joues jusqu'au sillon naso-labial, tandis que le cou et la face présentent l'aspect d'un eczéma humide.

« Ces trois formes ou degrés de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu correspondent en général aux affections étudiées jusqu'à ce jour et séparément par les auteurs. La première est le pityriasis capitis ordinaire qui conduit le plus souvent peu à peu à l'alopécie pityrode; la deuxième est ce qu'on appelle la séborrhée sèche du cuir chevelu; la troisième comprend un

grand nombre d'affections réunies sans distinctions sous la dénomination commune d'eczéma chronique du cuir chevelu.

« Après le cuir chevelu, le siège de prédilection de l'eczéma séborrhéique est la région sternale.

« Ici, on ne trouve presque que la forme croûteuse. Beaucoup plus rarement, lorsque cette région est très velue, la forme squameuse, et encore plus rarement la forme humide, en rapport avec un eczéma séborrhéique humide de toute la région supérieure du corps. L'eczéma croûteux de toute cette région a déjà été décrit par différents auteurs comme une affection spéciale, dernièrement encore par Colcott Fox, sous le nom wilsonien de lichen anulatus serpiginosus; par les Français, sous celui d'eczéma marginé. En 1881, note I, p. 449, 1re édit. de la trad. franç. de Kaposi, E. Besnier et A. Doyon ont reconnu l'espèce particulière et la nature eczémateuse de cette affection — Voy. *Lettres de Paris*, par P.-G. Unna, *in Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1888; anal. franç. *in Annales de Dermatol.*, 2e série, t. X, 1889, p. 57.

« Cette forme est de beaucoup la plus caractéristique, on peut dire presque la plus élégante (zierlichste) de l'eczéma séborrhéique. Elle est constituée par des taches rondes ou ovales, de la dimension de l'ongle, disposées ici en groupes, en parties confluentes et par suite réunies en une plaque un peu inférieure à la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, à contours polycycliques. Chaque plaque isolée a une coloration jaunâtre et est entourée d'un petit liséré rouge, même après qu'on a enlevé les squames qui la recouvrent. C'est la forme la plus fréquente de l'eczéma séborrhéique dans la région sternale pour les cas bénins de cette affection. On l'observe plus souvent sur les parties du tronc, où le coussinet graisseux est un peu développé et où il existe de longs poils, que dans les points où la peau est très délicate, mince et glabre. Si l'affection prend de plus grandes dimensions, la place primitive est transformée en un centre coloré en jaune, assez uni et ne desquamant que modérément. Ces éruptions nouvelles, qui ont le même caractère que l'affection primitive, se présentent sous forme de saillies papuleuses, rouges et recouvertes de squames grasses, friables, blanc jaunâtre ou tout à fait jaunes. Cette dernière variété se rencontre aussi presque toujours sur le dos, dans la région interscapulaire de la gouttière sudorale du dos.

« Les plaques se comportent un peu différemment dans le creux axillaire où, en outre, elles se distinguent par un prurit plus intense. Il n'y a presque jamais ici de squames ni de croûtes, mais seulement un mince liséré arciforme, rouge, à marche serpigineuse progressive. La coloration jaune du centre se détache à peine ici. Cette localisation, rare d'ailleurs, arrive quelquefois jusqu'à la forme humide ; dans ce cas, l'eczéma gagne d'ordinaire le thorax.

« De la région scapulaire, l'eczéma séborrhéique s'étend presque toujours sur les bras sous la forme croûteuse, rarement sous une forme humide. Ici aussi, il a une préférence marquée pour le côté de la flexion, quoique la surface d'extension ne soit pas épargnée. Cette préférence pour les côtés de la flexion et les surfaces de contact s'explique par le rôle que les glandes sudoripares jouent dans l'eczéma séborrhéique.

« L'eczéma séborrhéique peut encore, dans les régions velues, principalement à la tête, donner naissance à des verrues, à des condylomes acuminés. »

IV

Unna n'a pas parlé de localisations sur les lèvres et sur la langue chez les sujets atteints d'eczéma séborrhéique; voici le résultat de notre observation à cet égard. Pour les *lèvres*, nous n'avons qu'à

rappeler ce que nous avons dit plus haut, p. 192, note 2, et p. 664, note 1 ; et, pour la *langue*, à ajouter que nous avons noté plusieurs fois, soi chez les enfants, soit chez les sujets plus âgés, la coïncidence de l'eczéma séborrhéique et de l'affection de la langue que nous appelons *eczéma en aires*, ou eczéma marginé desquamatif de la langue. Cett affection a été décrite antérieurement sous les noms les plus divers, e en dernier lieu sous le nom de « glossite exfoliatrice marginée », pa FOURNIER et LEMONNIER. — De la glossite exfoliatrice marginée, *Thès de Paris*, 1884;—par MIBELLI sous le nom « d'exfoliation en aires de la langue » *Giorn. ital. d. malatt. d. pelle*, etc., 1888 ; c'est elle que PARROT, pour une fois mal inspiré, avait à tort rattachée à la syphilis.

Nous avons présenté un exemple de cette affection, en coïncidenc avec un eczéma séborrhéique typique de la peau, dans la réunion heb domadaire des médecins de Saint-Louis du 7 février 1889.

Nous avons observé diverses formes d'eczéma unguéal, certainemen liées à l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu ou d'autres régions du corps, avec une fréquence plus grande que ne l'a constaté UNNA.

Dans quelques cas intenses, les ongles sont épaissis, délitescents en masses plâtreuses jaunâtres, bien voisines des altérations propres à certaines formes de psoriasis auxquelles elles ont été jusqu'à présen rapportées. Des observations nouvelles sont nécessaires pour fixer définitivement tous ces points.

V

L'eczéma séborrhéique doit être distingué surtout des séborrhées e des stéatidroses; de l'acné; des dermites parasitaires classées; de certaines formes de *psoriasis* — diagnostic encore très imparfaitemen défini pour certaines formes qui ont besoin d'être revisées — et même de quelques localisations du pityriasis pilaire, du pityriasis rosé. La différenciation en a été déjà établie, ou le sera, aux *notes* relatives à chacune de ces affections.

Pour les autres formes d'eczéma, le diagnostic, habituellement très facile, peut, dans quelques cas particuliers, présenter des difficulté insurmontables, soit par le fait de simultanéité de deux espèces, soi parce que les éléments éruptifs sont altérés par une intervention thérapeutique antérieure. Voici, comme exemple de l'analyse éliminatoire, le thème de différenciation posé par UNNA pour l'eczéma de la face dans la première enfance :

« Il y a, surtout, trois types absolument différents : *a* l'eczéma puremen nerveux de la dentition; *b* l'eczéma tuberculeux; *c* l'eczéma séborrhéique Si l'eczéma est de date récente et n'a pas encore été traité, cette distinctio est aisée et peut être faite de suite. Une localisation aux orifices muqueux de l'œil, du nez, de la bouche et des oreilles; la présence d'une kératite phlycténulaire avec rhinite scrofuleuse; de l'otorrhée; de grosses vésicules eczémateuses avec œdème et engorgement ganglionnaire considérable e étendu; l'absence presque constante de prurit, caractérisent l'eczéma tuberculeux.

« Si, au contraire, le voisinage des yeux, du nez et de la bouche est indemne, de telle sorte que l'eczéma entoure la face comme un masque dont on aurait coupé le milieu, on a affaire soit à un eczéma de dentition, soit à un eczéma séborrhéique. Le premier survient sur la peau complètement saine, en général, au milieu des joues, puis sur le front d'une manière tout à fait symétrique et presque toujours en même temps sur la face radiale du dos des deux mains et du poignet. Il est extrêmement prurigineux, surtout si l'enfant est robuste et l'épiderme encore sain et résistant; cet eczéma est entièrement sous la dépendance d'irritations réflexes et spécialement de la marche de la dentition; il disparaît parfois après la sortie de quelques dents aussi rapidement qu'il est venu, pour revenir quelques jours plus tard; l'eczéma de dentition rappelle l'herpès zoster, puisqu'il se manifeste par l'apparition rapide, sur une base rouge, d'un groupe de vésicules isolées nettement formées; mais il se distingue du zoster par la symétrie absolue et sa tendance continuelle aux récidives.

« Il en est tout autrement de l'eczéma séborrhéique. Ici, la peau n'était pas tout à fait saine, mais il existait régulièrement une séborrhée du cuir chevelu, à marche progressive, qui s'était manifestée peu de semaines après la naissance, que souvent même on n'avait pas remarquée. Cette séborrhée ne gagne souvent que, après avoir pris un caractère humide, les oreilles, le front et les joues, et, sans toucher le voisinage des yeux, atteint les cils et s'étend ensuite vers les épaules, la partie supérieure des bras, en foyers graisseux, en général secs. Cet eczéma conserve partout, même sur les points humides, son caractère graisseux, il est notablement moins prurigineux que l'eczéma de dentition, mais cependant plus que la forme tuberculeuse, et il offre plus de tendance à la généralisation que les deux autres variétés, car habituellement il envahit les organes génitaux et, de là, les membres inférieurs et le dos.

« Toutefois, l'auteur prévient qu'il n'est pas toujours possible de faire un diagnostic précis. Dans huit ou neuf cas sur dix, on le peut cependant. Les autres concernent ceux qui durent depuis longtemps déjà ou les cas dans lesquels l'aspect clinique et l'anamnèse permettent de supposer que l'on a affaire à un eczéma de dentition compliqué de l'une des deux variétés d'eczéma parasitaire. Parfois, ensuite, pendant le traitement, il n'est pas toujours facile de faire un diagnostic exact sur le mode d'action du remède ou sur une récidive récente. »

VI

D'une manière générale, malgré sa longue durée, ses récidives, les difficultés régionales de son traitement, l'irritabilité de la peau propre à un grand nombre des sujets atteints, l'eczéma séborrhéique est une maladie bénigne, dont les réactions organiques et fonctionnelles sont restreintes et dont les symptômes directs sont peu pénibles.

Mais il y a des exceptions assez nombreuses; quelques cas présentent une réelle gravité, peuvent être funestes, ou encore constituer le prélude d'une grande érythodermie.

Quelquefois fort simple, le traitement de l'eczéma séborrhéique est, dans beaucoup de cas, d'une extrême difficulté en raison de l'étendue des surfaces atteintes, de leur multiplicité et des intolérances particulières.

Bien que la médication externe soit souvent suffisante à elle seule

et demeure prépondérante, on a toujours intérêt à tenir compte d conditions particulières du sujet. Les sulfureux, les alcalins, les ars nicaux, doivent être administrés dans tous les cas rebelles où l'indicati particulière en est relevée. L'arsenic est l'agent principal de la méd cation interne; et il est souvent nécessaire d'en élever les doses j qu'aux limites de la tolérance.

Tous les topiques dont dispose la matière médicale dermatologiq peuvent être appliqués au traitement local de l'eczéma séborrhéiqu le soufre, l'ichthyol, le naphtol, la résorcine, l'acide pyrogallique, chrysarobine, le mercure, etc.; mais, avant de les appliquer, quelqu mesures préalables doivent être prises.

Il faut d'abord supprimer toutes les causes extérieures d'irritati locale, vêtements de laine, vêtements trop étroits, linges imprégnés sueur, etc.; enlever les produits accumulés à l'aide de lotions boraté de vaseline ou d'huile, de savon doux; onctionner avec l'onguent zinc simple, poudrer à l'amidon; en un mot, réaliser et maintenir *propreté locale* la plus minutieuse, et protéger les parties attein contre tous les irritants.

Toutes les fois où les altérations occupent des régions irritables, s plis de flexion, les régions axillaires, inguinales, ano-génitales, la p s grande prudence doit présider aux premières applications actives.

Quand les soins d'hygiène locale et l'emploi des topiques anod s sont insuffisants, ou si l'eczéma séborrhéique est à un degré i réclame une intervention décisive, l'indication des topiques spéci x se pose nettement.

Dans les formes humides, le *soufre* est l'agent curatif essentiel, u à l'oxyde de zinc dans les emplâtres, pâtes, gélatines, pommades, se n les conditions diverses des cas particuliers, et aux doses appropriée à la tolérance de chaque sujet.

Dans les formes sèches, dans l'eczéma séborrhéique à forme e psoriasis, la médication est, à peu de chose près, calquée sur celle u psoriasis, et les acides salicylique, pyrogallique, chrysophaniq, l'ichthyol, l'huile de cade ou de bouleau, isolés ou associés en pro-tions variées, en forment la base principale.

Dans tous ces cas, le succès du traitement est souvent attac à l'emploi d'une MÉDICATION INTENSIVE, *interne et externe*, *succès rap e, très remarquable ; mais il est rare, dans la pratique civile, que le méde , à moins de conditions spéciales, puisse exécuter ce mode de traitement ui réclame, de sa part, une intervention et une surveillance actives, et, c la part du patient, une confiance et une docilité absolues.*

En terminant, nous rappelons que, d'après UNNA, le cuir chevel et les bords ciliaires représentant *le lieu d'origine* et la source de l'ecz na des autres parties du tégument, la restitution et le maintien de ur intégrité peuvent seuls garantir le sujet contre les *rechutes* et es récidives.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

DIAGNOSTIC DE L'ECZÉMA

Les symptômes que nous avons décrits sont en général suffisants pour établir le diagnostic de l'eczéma. Seulement on n'oubliera pas que, à côté des formes vulgaires, la marche particulière, la variabilité des symptômes dépendent aussi de la peau du malade ; en second lieu, que la meilleure manière d'arriver à conclure à l'unité de l'affection est l'observer attentivement et de comparer entre elles toutes les parties le la peau qui sont malades ; et enfin que l'eczéma dans toutes les irconstances consiste en un processus inflammatoire, de sorte que, ontrairement aux infiltrations néoplasiques (lupus, syphilis), la rou-eur de l'eczéma disparaît toujours sous la pression du doigt et que on peut également constater tous les autres signes de l'inflammation.

Suivant sa marche, on peut distinguer l'eczéma papuleux du tronc qui est fréquent chez les enfants) d'avec le lichen des scrofuleux et le chen ruber, puisque, dans ces derniers, les papules sont stationnaires, ndis que, dans le premier, elles varient très vite, disparaissent dans ertains cas, se transforment en vésicules dans d'autres (1). La diffé-ence anatomique permet de reconnaître immédiatement les éléments es syphilides à petites papules, lesquels, en outre, ne pâlissent pas us la pression du doigt, parce qu'elles consistent en un infiltrat épais.

L'eczéma vésiculeux ne peut pas être facilement confondu avec herpès, puisque dans celui-ci les vésicules sont groupées, tandis que, ns l'eczéma, elles sont serrées les unes contre les autres et n'affec-nt pas une disposition régulière.

---

(1) La différenciation entre l'eczéma *papuleux* qui, lui-même, peut présenter sous différentes formes et le « lichen simple » de beaucoup uteurs est très controversée. Plusieurs dermatologistes appellent *hen* ce que nous appelons eczéma papuleux. L'accord n'a pas en-re pu être fait ; c'est une question de nomenclature et de doctrine ; us retrouverons tout à l'heure la même difficulté avec le prurigo de BRA, que des auteurs français considérables persistent à rattacher au ichen ».

C'est encore avec le lichen que l'on confond souvent plusieurs formes czéma papuleux, à localisation folliculaire, d'origine vraisemblable-nt microphytique, tantôt à éléments isolés, rouges, disséminés sur érents points du tronc et surtout des membres sous forme de papules ge vif, prurigineuses ; ou simplement réunies en groupes, mais sans dure ni forme figurée à la périphérie ; — tantôt présentant une aire trale finement squameuse, jaunâtre, que UNNA avait désignée autre- sous le nom d' « *eczema flavum* » ; c'est l'*eczéma des follicules*, de COLM MORRIS. On le retrouve dans les auteurs, tantôt parmi les eczé-, tantôt parmi les lichens : UNNA regarde la pièce 575 du Musée de

On doit, au contraire, apporter une plus grande attention pour ne pa confondre avec le pemphigus l'eczéma bulleux déjà décrit, spécialemen celui des mains et des pieds (1).

Relativement à l'eczéma aigu croûteux et impétigineux, on n'aur qu'à enlever les croûtes pour voir les surfaces rouges et sécrétante de l'*eczéma rubrum humide* et pour éviter de le confondre avec d'au tres affections qui s'accompagnent également de croûtes (formes ulc reuses).

A propos du psoriasis et du pityriasis rubra, j'ai indiqué les sign qui permettront de distinguer ces affections de l'eczéma squame

---

l'hôpital Saint-Louis, déposée en 1879, étiquetée par Hillairet « *Lich pilaire circiné* » comme en fournissant un type achevé. Voici, d'après l également, le résumé de ses caractères :

Début assez brusquement sous la forme d'un petit groupe, de dimension d'une pièce d'un franc, de follicules pileux pareils à un lich pilaire tout à fait circonscrit. Ce groupe s'élève un peu au-dessus la peau saine environnante et est parfois le siège d'un prurit assez v Bientôt la plaque s'agrandit, les follicules pileux qui se trouvent centre retombent de nouveau et leur aire prend un ton jaune; très fines squames se détachent souvent aussi. Pendant ce temps, peau ansérine progresse en forme de cercles, mais entoure d'un anne érythémateux, partout et constamment fermé, le centre jaune déprim Le bord conserve toujours à peu près la même largeur de trois à s rangées de follicules, tandis que le centre peut avoir une étendue variabl il a vu des centres jaunes qui occupaient la moitié antérieure de paroi du thorax. La maladie est rebelle et récidive facilement.

Ces formes d'eczéma sont à l'étude, et la description qui en est donn ne doit être considérée que comme provisoire. On peut dire seuleme qu'elles sont particulières et qu'elles ne se confondent pas avec l'eczém séborrhéique, dont elles se distinguent par la localisation, la limitati aux follicules, la marche et par les réactions thérapeutiques. Le go dron ou le soufre en seraient les meilleurs modificateurs.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Nous rappelons — voy. p. 170, note 2 — que nous ne confond pas l'eczéma vésiculeux ou bulleux avec la *dysidrose*, dont les vésicul beaucoup plus grosses, non enchâssées dans un corps muqueux tumé sont *persistantes*. La difficulté peut, cependant, être assez forte qua la dysidrose est le point de départ d'une épidermite eczémateuse, qui ne se produit guère que sous l'action d'irritants du dehors ; sont ces cas que nous désignons sous le nom de dysidrose eczémati ou d'eczéma dysidrosique. — Voyez sur la dysidrose la monog phie très complète de G. et F.-E. Hoggan. — *Monatsheft f. pr Dermat.*, 1883, trad. franç. par Doyon, *in Ann. de Dermat.*, 2e sé 1884 — et la très bonne *Thèse* de notre élève L. Bonnet, Contribut à l'étude de la dysidrose, Paris, 1889.

E. B. — A. D.

circonscrit. Cette distinction est plus difficile dans l'eczéma chronique généralisé, et l'on ne peut guère s'orienter dans ce cas que si l'on arrive à constater l'existence de surfaces humides. Dans l'eczéma en forme de disques avec infiltration dure que l'on rencontre sur des parties limitées de la peau, particulièrement au dos de la main et à sa face palmaire, un bon moyen de distinguer cette affection d'avec les plaques syphilitiques et celles du psoriasis consiste à les frictionner avec une solution concentrée de potasse (1), qui fera aussitôt apparaître les petits points humides (état ponctué) et les vésicules de l'eczéma.

L'eczéma chronique de la paume de la main et de la plante du pied diffère du psoriasis diffus (syphilitique) (2) de ces mêmes régions en ce qu'il est irrégulièrement recouvert de squames ; de plus, sur les bords, qu'il soit effacé ou bien nettement délimité, la peau offre sa pâleur normale ou est hyperhémiée. On peut aussi confondre cette affection avec l'ichthyose et le lichen ruber. En général, l'eczéma localisé à la paume de la main et à la plante du pied est extrêmement difficile à diagnostiquer, et souvent on ne peut le différencier qu'en observant la marche de la maladie et l'effet des médicaments.

Nous avons exposé dans les chapitres relatifs au psoriasis, à la séborrhée, au lupus érythémateux, au favus, à l'herpès tonsurant, quels sont les signes qui permettent de distinguer ces affections de l'eczéma squameux du cuir chevelu.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans un très grand nombre de cas, tout le caractère de la maladie que l'on a sous les yeux n'est pas épuisé parce que l'on a posé le diagnostic eczéma; quand, par exemple, cet eczéma est simplement une complication ou la suite d'une autre dermatose, comme de la gale, du prurigo, de papules sécrétantes sur le scrotum et sur les parties génitales de la femme, ou l'effet d'une action réflexe par suite de troubles soit de l'innervation, soit de la nutrition générale (anémie, scrofulose), il est toujours nécessaire, en outre du diagnostic

---

(1) Nous n'admettons pas de psoriasis « syphilitique ». Dans une nomenclature dermatologique réglée, les affections syphilitiques portent le nom générique de *syphilide :* syphilide palmaire psoriasiforme, squameuse, etc. E. B. — A. D.

(2) Les conditions anatomiques spéciales des régions palmaires et plantaires donnent, à des affections complètement différentes de nature, une sorte d'uniformité objective qui rend la différenciation souvent fort aride. L'eczéma stéatidrosique, les localisations syphilitiques à toutes les périodes, le psoriasis, s'y inscrivent en caractères également frustes et souvent ambigus, qui rendent presque toujours nécessaire le concours des signes indirects, l'élimination méthodique et quelquefois l'épreuve thérapeutique. E. B. — A. D.

eczéma, de préciser autant que possible la cause ou le caractère étiologique de cet eczéma. — Cela nous amène à l'étiologie de cette maladie polymorphe, dont nous nous occuperons dans la leçon suivante.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

ECZÉMA (*suite*).

Causes, pronostic, traitement.

La recherche des causes de l'eczéma, considéré en général ou envisagé dans chaque cas particulier, n'a pas seulement un intérêt théorique, mais encore une valeur pratique réelle qui a une grande importance pour le pronostic et le traitement.

Au point de vue de l'étiologie, nous divisons l'eczéma en eczéma idiopathique et en eczéma symptomatique.

On doit considérer comme eczémas idiopathiques ceux qui sont déterminés par des irritations extérieures de la peau, et qui, par conséquent, peuvent aussi passer pour des eczémas artificiels; à cette catégorie se rattachent également ceux qui se développent comme les suites directes de certaines altérations locales dans la peau même.

L'eczéma artificiel joue un grand rôle dans la pratique; souvent c'est le médecin lui-même qui en a provoqué le développement. Une foule d'agents irritants chimiques, dynamiques ou mécaniques, donnent naissance, selon les cas, à un simple érythème, ou bien à un eczéma si leur action a été plus forte ou s'ils rencontrent une plus grande irritabilité de la peau (1).

Tels sont : l'huile de croton tiglium, l'émétique en solution aqueuse ou sous forme de pommade d'Autenrieth, les cantharides, le garou, l'huile et la farine de moutarde, le cochléaria, la lessive de potasse, la solution de sublimé, le soufre, le savon, l'eau sous forme de bains et de compresses, et toute une série de médicaments employés localement dans la dermatothérapie. Tous les médecins ne paraissent pas savoir qu'un sinapisme, appliqué d'ailleurs avec la meilleure intention du monde, peut avoir pour effet de provoquer un eczéma aigu généralisé qui peut durer plusieurs mois et même plusieurs années (2). L'onguent

---

(1) Voy. la note 1 de la page 649, et les notes de la 1re édition, pages 566 et 567. E. B. — A. D.

(2) Certains sujets présentent, il est vrai, à l'action des rubéfiants une telle sensibilité, qu'il est prudent (hormis le cas d'urgence) de s'en-

nercuriel détermine souvent sur les parties couvertes de poils un eczéma apulo-pustuleux (eczéma mercuriel), ou même un eczéma vésiculeux uintant, qui, par conséquent, ne se distingue pas des autres eczémas artiiciels. La teinture d'arnica, qui est bien certainement la substance la noins efficace au point de vue médical, et que pour cette raison peuttre on applique si souvent sur toutes les contusions et les plaies récenes, cette teinture, dis-je, a des propriétés très irritantes, quand elle st à un certain degré de concentration, et est capable de déterminer resque chez chaque personne un eczéma intense, avec phlyctènes onfluentes grosses comme un pois ou un haricot. Nous devons y ajouer les pommades qui contiennent de la poix, de la térébenthine, l'emlâtre de diachylon composé (adhésif), *eczema ad rupturas.*

A cette classe se rattachent les eczémas artificiels produits par des ubstances qui, dans certains métiers, sont fréquemment en contact vec la peau, comme les acides minéraux, le suc de certaines plantes, a poix, la térébenthine, chez les peintres en bâtiment, les imprimeurs; eau, la lessive, le savon, chez les garçons de salles, les blanchisseuses czéma des blanchisseuses); les substances pulvérulentes, chez les piciers, les meuniers et les boulangers (« gale » des épiciers, des bouangers), les maçons, les laboureurs et cultivateurs. Les eczémas qui urviennent à la suite de cures d'eau froide (« éruptions critiques »), c..., rentrent dans cette même catégorie.

Comme affection produite par des influences thermiques, je dois vous ter l'*eczéma solaire*, généralement papuleux, et l'*eczema caloricum* roduit par la chaleur du feu) qui apparaît sous forme de grandes ılyctènes; l'air froid et sec de l'hiver provoque l'eczéma squameux.

Les eczémas papuleux (*sudamen*) et érythémateux (*intertrigo*), proıits par la sueur, auxquels nous ajouterons ceux qui résultent de l'apication de vêtements de caoutchouc, sont des affections sérieuses.

Des influences mécaniques, pression et frottement, déterminent rement par elles-mêmes l'eczéma, mais elles le réveillent très souvent de la façon la plus pénible quand la peau a déjà été atteinte de cette fection par le fait de l'une ou l'autre des causes que nous avons gnalées antérieurement. Dans ces cas, la pression du chapeau, des

---

érir de l'idiosyncrasie du malade et de régler sur elle le siège, la rée, etc., de l'application irritante; d'autre part, si un sujet est notoiment eczémateux, on réservera pour ces cas d'urgence l'application ces topiques. Le lecteur comprendra mieux l'énergie avec laquelle professeur Kaposi le prémunit contre l'usage des rubéfiants, quand saura que Hebra et son école considèrent l'application du vésicatoire de ses succédanés comme une pratique dépourvue de toute utilité.

E. B. — A. D.

jarretières, le frottement du col, des manchettes, etc..., suffisent pou provoquer immédiatement une nouvelle éruption d'eczéma.

Le grattage est par lui-même, dans le sens que Hebra, le premier, indiqué, un agent qui peut déterminer un eczéma, parce que, par fait de l'irritation des follicules et des papilles, il survient de l'hype hémie sous l'aspect de raies et de stries, et des formes exsudativ d'eczéma disséminées ou agrégées. C'est pourquoi tout eczéma est lu même, par suite du grattage qu'il provoque, le point de départ d'u nouvel eczéma; c'est pour cela aussi que l'on trouve l'eczéma da toutes les affections prurigineuses de la peau, gale, prurigo, urticai, ichthyose, pemphigus prurigineux, prurit cutané.

Les varices des membres inférieurs sont aussi une cause de l'eczém idiopathique siégeant dans la peau même. D'abord les varices prov quent des démangeaisons, puis le grattage donne naissance à quelq s papules et à des excoriations; au bout de quelques mois ou de quelq s années, il se produit de temps à autre des hémorrhagies, des croût, de la suppuration, et enfin de l'eczéma avec ses différentes formes.

Les eczémas symptomatiques sont ceux que l'on peut considé r comme une conséquence, comme le résultat réflexe d'un état morb e de l'organisme, de sa nutrition, de la constitution, de la masse u sang et des humeurs, ou d'un système organique, — la peau excep e. Ainsi l'eczéma chronique, et récidivant souvent, des mains, de la e et aussi d'autres parties du corps, s'observe principalement c z les personnes qui souffrent de dyspepsie chronique (et à la s te de la cachexie paludéenne? Poor), du diabète, de l'albuminurie), mais avec une fréquence particulière chez les femmes atteintes de s-ménorrhée ou d'affections utérines, ou qui sont chlorotiques, an i-ques (2). On a constaté que l'eczéma diminue et augmente réguli e-

(1) Voyez G. Thibierge. Des relations des dermatoses avec les a c-tions des reins et l'albuminurie, *in Annales de Dermatologie,* 2e s ie, t. VI, 1885, p. 424.

(2) Provoqué ou non par des irritations venues du dehors, l'ecz a, quand il est vraiment constitué et installé, comporte toujour au nombre de ses facteurs, qui sont *multiples*, une condition *individ lle*, une *prédisposition* très souvent *héréditaire* ou *acquise*.

Toutes les dyshémies et toutes les dyscrasies, toutes les altéra ons matérielles ou fonctionnelles des centres nerveux, toutes les lésions or-ganes et tous les troubles émonctoriaux, diverses adultérations h mo-rales résultant d'intoxications alimentaires ou autres, peuvent, pa des mécanismes divers, jouer un rôle plus ou moins manifeste da la genèse d'un eczéma. Il serait prématuré de vouloir expliquer com ent et pourquoi; mais la constatation de la relation de ces troubles div s et de la maladie eczémateuse est assez positive pour que le médecin ra-

ment toutes les fois que ces affections elles-mêmes s'améliorent ou s'aggravent.

L'eczéma survient, au sens simplement névropathique (eczéma névropathique), dans quelques circonstances, par exemple chez certaines femmes à chacune de leurs grossesses, ou, au contraire, régulièrement à la fin de l'allaitement.

Sous le rapport de l'âge, l'eczéma s'observe chez les enfants, très souvent à la face (croûtes de lait), dans les affections chroniques des yeux et des oreilles; sur le reste du corps, il est souvent déterminé par l'influence de la sueur ou de bains trop chauds, tandis que, chez les adultes et les personnes âgées, les eczémas produits par d'autres causes, par exemple des varices, sont plus fréquents. Mais d'ailleurs l'âge ne paraît pas jouer le principal rôle dans l'étiologie de l'eczéma, il semble plutôt que ce soit l'irritabilité individuelle de la peau.

Relativement au sexe, les hommes et les femmes me paraissent fournir un contingent à peu près égal, bien que, parmi les malades des hôpitaux, les hommes représentent les deux tiers et les femmes un tiers seulement des sujets traités.

Du reste, nous ne connaissons absolument aucune dyscrasie quelconque (ni le rachitisme, ni la scrofule, ni la tuberculose) capable de déterminer directement l'eczéma (1); tout au plus pourrait-on dire que, en tant qu'altérant la nutrition des tissus, l'anémie et la chlorose amènent une irritabilité de la peau, d'où il résulte que celle-ci peut alors devenir le siège de l'eczéma sous l'influence de certaines causes (chaleur, eau, etc...) (2) auxquelles le même individu résiste parfaitement

---

cien en prenne note, et, dans l'enquête qu'il doit ouvrir à l'occasion de chaque malade, recherche *toutes* les conditions pathogéniques probables de ce cas particulier. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'eczéma des femmes grosses ou des nourrices n'est pas l'exemple le plus certain que l'on puisse donner de l'eczéma proprement neuropathique; il y a dans la grossesse une complexité de phénomènes, parmi lesquels le réflexe utérin peut être invoqué, mais aussi discuté. L'eczéma qui survient à la suite des commotions morales, brusques ou lentes, mérite mieux cette qualification; quelqu'en puisse être l'origine réelle, le rapport est indéniable; il est depuis longtemps connu et acquis. — Voyez, parmi les publications les plus récentes sur ce sujet, la thèse de LEVÊQUE, élève de LELOIR, Contribution à l'étude des dermatoses d'origine nerveuse, Lille, 1887.

(2) Laissant de côté le « rachitisme », qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir ici, nous n'avons pas besoin de faire remarquer que la « scrofule » et la tuberculose ne représentent plus, au cours du jour, des *dyscrasies*. La « scrofule » ancienne comprend deux choses, — l'une le « *lymphatisme* », disposition *constitutionnelle* à la prolongation de la

bien, dès que son état d'anémie a disparu. Mêmes conséquences lorsque, chez des chlorotiques ou des personnes jeunes et du sexe féminin

---

vie embryonnaire des cellules, état particulier des tissus lamineux, propre surtout à l'enfance et à la jeunesse, qui représente une prédisposition au développement de toute une série d'affections cutanées, au premier rang desquelles l'eczéma; — l'autre, la *tuberculose*, résultat de la pénétration dans l'organisme, *in utero* ou après la naissance, d'un élément *extrinsèque*.

Les « scrofuleux » (lymphatiques) représentent un terrain préparé pour la germination de l'élément tuberculeux et pour la réception et le développement de tous les agents d'irritation tégumentaire; l'eczéma se développe chez eux avec une grande fréquence, mais il n'a en lui rien qui mérite le nom ancien de « scrofuleux », ou le nom de « tuberculeux » que donne, par exemple, UNNA à une espèce d'eczéma propre aux jeunes sujets lymphatiques.

Les dyscrasies réelles, c'est-à-dire les perturbations organiques de l'hématopoièse, celles qui sont classées, et les altérations autogènes du sang non classées, les plus nombreuses, prennent certainement une part considérable dans la production des grandes dermatoses. Parmi elles, la goutte se place au premier rang, et il ne saurait être contesté qu'il y a des dermatoses goutteuses parmi lesquelles l'eczéma, ou plutôt certains eczémas. W. EBSTEIN. — La goutte, sa nature, et son traitement. *Traduct. franç.* de CHAMBARD, Paris, 1887 — déclare explicitement qu'il existe des maladies goutteuses de la peau, et il n'accepte pas sur ce sujet les négations de l'école de HEBRA.

Toutefois, nous reconnaissons sans difficulté que ces questions élevées de pathogenèse, qui paraissaient épuisées, réclament une revision complète, basée sur une notion plus exacte de la physiochimie des humeurs normales et morbides, laquelle a besoin d'être en entier renouvelée.

Quand on constate le rapport entre les deux faits, dyscrasie et eczéma, il reste encore à déterminer quelle est la nature de ce rapport qui peut être de pure coïncidence, indiquer l'action d'une cause pathogénique unique produisant la dyscrasie d'une part, et l'affection cutanée de l'autre; être lui-même le résultat indirect de quelque état morbide secondaire; dériver de l'action toxidermique des médicaments employés chez des sujets intolérants ou à émonctoires insuffisants.

Il faut enfin examiner la question de savoir si l'eczéma ne peut pas être, dans quelques circonstances, non pas effet, mais *cause* de lésions viscérales ou de troubles fonctionnels, semblables à ceux que l'on observe, par exemple, à la suite des brûlures. — Voy. CH. TALAMON, Mal de Bright consécutif à un eczéma généralisé à répétition annuelle, *Courrier médical*, 1887.—PERSY, Des manifestations cutanées de l'urémie, *Thèse de Paris*, 1887. — LANCEREAUX, Anatomie pathologique et complications de l'urémie, *in Union médicale*, 1887, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

prédisposées au lichen des scrofuleux, atteintes de séborrhée sèche, on voit, pour la moindre cause, survenir un eczéma papuleux, correspondant au fonctionnement défectueux des glandes sébacées. Cet eczéma, qui a un mode particulier d'évolution, je le désigne sous le nom d'eczéma folliculaire ou séborrhéique.

L'eczéma en lui-même n'est ni contagieux (1) ni héréditaire; toutefois, dans certaines familles on peut admettre l'existence d'une disposition héréditaire à l'eczéma.

Le pronostic de l'eczéma est favorable en ce sens que jamais cette maladie ne met la vie en danger (2) et que toujours elle peut guérir complètement. Pour ce qui est de savoir si un eczéma aigu suivra une marche typique comme eczéma aigu ou s'il passera à l'état chronique; si, après la guérison d'un eczéma chronique, on devra craindre des récidives, quelle sera l'extension ou quelle sera la durée même d'une éruption d'eczéma donnée, etc..., — sous tous ces rapports, le pronostic sera très différent, suivant les causes de l'eczéma, l'irritabilité de la peau, le genre de vie et la profession du malade, suivant qu'il pourra ou non éviter les causes nuisibles qui provoquent ou entretiennent l'eczéma, enfin, et cela a une très grande importance, suivant que le traitement sera plus ou moins convenablement dirigé (3).

---

(1) Assurément l'eczéma, pris dans son acception générale *conventionnelle*, n'est pas une maladie contagieuse; mais il y a des affections désignées sous le nom d' « eczéma » qui sont transmissibles, les « eczémas » parasitaires par exemple. Ce n'est pas tout; les germinations microphytiques diverses qui peuvent se développer, comme sur un terrain labouré, au niveau des surfaces eczémateuses, infecter les pièces de pansement et les linges à usage, deviennent l'origine, soit chez le sujet lui-même, soit chez ceux qui sont en rapport avec lui, de lésions voisines, l'impétigo, le furoncle, le phlegmon sous-épidermique, etc., tous phénomènes que l'on observe aisément quand on veut fixer son attention sur ce point d'une façon suffisante.

E. B. — A. D.

(2) *Réserve absolue* faite pour la *première enfance*, dans laquelle l'eczéma est parfois, directement ou indirectement, une cause de *grand danger* ou de *mort;* pour la *vieillesse*, dans laquelle l'eczéma peut faire courir les mêmes risques; et pour l'adulte lui-même, chez qui cette affection est quelquefois le *prélude* d'une dermatose néoplasique — mycosis fongoïde — ou le premier acte d'une érythrodermie exfoliante, grave ou funeste. E. B. — A. D.

(3) Cela est vrai quelquefois, non toujours. Il va de soi, qu'à égalité d'eczéma celui qui sera bien traité aura plus de chances de guérison rapide que celui qui sera mal dirigé; mais l'eczéma « le mieux traité » va souvent si mal, et beaucoup d'eczémas « mal traités » se guérissent cependant si bien, qu'il faut ici faire quelques réserves et avertir le pra-

Le traitement de l'eczéma est peut-être le chapitre le plus important de la dermatologie pratique. Il n'existe pas de maladie de la peau dans laquelle le médecin puisse, autant que dans l'eczéma, exercer une influence favorable ou défavorable sur la marche de la maladie par le choix du remède, du moment et du mode d'application, en faisant une médication trop active ou au contraire insuffisante ; et, dans aucune autre affection, l'importance des règles générales de thérapeutique que j'ai exposées précédemment (pages 105 et suivantes) ne se fait sentir autant que dans le traitement de l'eczéma. A ce propos, je ne signalerai ici que trois indications générales auxquelles on doit se conformer dans ce traitement : 1° il faut que, sur chaque point malade, on apprécie exactement le degré de l'altération produite par l'inflammation, si elle est en voie d'augmentation ou de diminution, aiguë ou chronique ; 2° il faut que le médecin sache bien quelle modification produira le médicament qu'il va employer ; et 3° qu'il contrôle à chaque moment l'effet de la médication appliquée (1).

---

ticien que l'eczéma est la maladie la plus ondoyante qui soit dans le cadre dermatologique, la plus inégale à tous les points de vue. Il fera sagement de réserver *toujours* son pronostic sur la durée, l'extension, la récidive, de l'eczéma chez ses malades ; le dermatologiste vieilli dans la pratique éprouve chaque jour des mécomptes dans le traitement de cette affection, et jusqu'à sa dernière heure elle reste pour lui une véritable pierre d'achoppement. Que le lecteur n'aille pas croire que nous exprimons ces opinions pessimistes d'après notre seule pratique personnelle, il pourrait supposer que cela dépend de notre méthode habituelle de traitement ; non, cela repose malheureusement aussi sur les résultats de la pratique *des autres*, et non seulement de la nôtre.

E. B. — A. D.

(1) L'auteur ne pose pas la question de savoir s'il faut toujours, dans tous les cas, chez tous les sujets, traiter un eczéma ; en un mot, s'il peut y avoir, chez certains malades, inconvénient ou danger à guérir un eczéma. Ce n'est certainement pas par omission, mais parce que cette question lui paraît hors de propos, l'eczéma devant, pour lui, toujours être traité. Bien que nous nous soyons déjà explicitement exprimés à ce égard — Voy. p. 108 et 109, note 1 — nous croyons devoir réitérer ici notre affirmation et déclarer qu'il y a quelques circonstances dans lesquelles il faut discuter la question de savoir si un eczéma existant n'est pas, soit localement, soit à titre général, un lieu de révulsion ou d'élimination dont il faut ajourner la suppression. Cette question doit toujours être agitée chez les enfants (première enfance) ; quelquefois chez les sujets adultes — eczéma de la tête, chez les aliénés ou sujets à hérédité mentale — du tronc chez les sujets emphysémateux, asthmatiques, atteints de dilatation des bronches, et même quelquefois de tuberculose pulmonaire, — eczéma de toutes régions chez les sujets atteints d'insuffisance rénale. — Voyez H. BARTH, *France médicale*, 1880, p. 38

Il y a une différence fondamentale entre le traitement de l'eczéma aigu et celui de l'eczéma chronique. On combat le premier d'une manière générale par des moyens et des méthodes qui diminuent ou préviennent l'inflammation; au contraire, on oppose au second des médicaments irritants et qui réveillent l'inflammation.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA AIGU

Dans la période de développement de l'eczéma aigu, la partie la plus importante du traitement est d'éloigner ce qui pourrait augmenter l'inflammation et le prurit; il faut également éviter toute pression, tout frottement du linge et des vêtements, l'action de la chaleur, la sueur, l'humidité. On interdira donc les lotions et les bains. D'après cela, et par des moyens appropriés, on peut faire rapidement disparaître la forme initiale de l'eczéma aigu, eczéma intertrigo et eczéma papuleux. Un moyen efficace pour supprimer la sueur et l'irritation des plis de la peau atteints d'intertrigo, c'est de les couvrir de poudre; on se sert pour cela d'une poudre indifférente quelconque, poudre de lycopode, d'amidon, de riz, de talc de Venise, simple, mélangée ou encore additionnée de céruse, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth, de magnésie

---

— Brocq, *Journ. of cutan. dis.*, 1888, et *Journ. de méd. de Paris*, 1889 — Gaucher, Pathogénie et métastases de l'eczéma, surtout chez les enfants. *Congrès internat. de Dermat.*, 1889, etc.

Chez les sujets diathésiques, *à alternances morbides*, la réserve la plus grande, nous ne disons pas l'abstention systématique, s'impose. Voici un sujet qui, depuis un plus ou moins grand nombre d'années, à des époques variables, et à peu près tous les ans, présente un eczéma aigu généralisé. Au cours d'une de ces crises intervient un coup de froid; l'eczéma s'éteint inopinément; une fièvre intense survient en même temps que des phénomènes nerveux graves, et en moins de deux jours la scène morbide est occupée en entier par une pneumonie. — Ce que le coup de froid a réalisé, une suppression rapide de l'irritation cutanée par tout autre moyen, chez les sujets ainsi organisés, le pourrait produire. Chez quelques malades, un balancement véritable s'établit entre l'état de la peau et des troubles viscéraux variés, dyspepsie, entérorrhées, gastralgies, etc. Il ne fait pas doute que la suppression de l'eczéma est quelquefois le *résultat* de l'incidence d'autres perturbations pathologiques; mais cela ne veut pas dire qu'il en soit ainsi toujours, et ces choses ne peuvent se juger qu'au particulier, non au général.

Dans tous les cas d'eczéma intense ancien, il sera prudent d'examiner attentivement le malade à ce sujet, de faire la revue complète des organes et des fonctions, de se rendre compte des antécédents névropathiques et de rechercher l'existence d'alternances morbides antérieures.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

carbonatée. On peut parfumer cette poudre en y ajoutant de l'iris de Florence pulvérisé, tandis que les huiles éthérées ne conviendraient pas ici ; vous formulerez à peu près ainsi : Poudre d'amidon de riz 100 grammes, talc pulvérisé 20, oxyde de zinc et iris de Florence pulvérisés ââ 5 ; ou bien : Oxyde de zinc et sous-nitrate de bismuth ââ 5 grammes, céruse 2,50, poudre de talc de Venise 50. Shœmaker recommande l'oléate de zinc, une poudre blanche, malléable, comme poudre à poudrer donnant une sensation agréable de fraîcheur et desséchant bien.

Sur les parties habituellement découvertes, on étend la poudre au moyen d'un tampon de charpie ou d'une houppe ; par contre, dans les replis de la peau atteints d'intertrigo, on doit placer des plumasseaux de ouate de Bruns, imprégnés de poudre, afin d'écarter soigneusement l'une de l'autre les surfaces cutanées, qui sans cela seraient en contact. Cela doit être fait surtout chez les enfants. On changera ces plumasseaux dès qu'ils deviendront chauds et humides.

Dans l'eczéma papuleux, la démangeaison est souvent très intense et on doit la combattre immédiatement parce que le grattage que l'on ne peut éviter risquerait d'aggraver promptement la situation. Des applications d'esprit-de-vin additionné d'un peu d'acide phénique (1 : 200), comme dans la formule suivante : Acide phénique (ou salicylique, ou acide borique) 1 gramme, esprit-de-vin 150, teinture de lavande et eau de Cologne ââ 25, glycérine 2,50, applications que l'on fait immédiatement suivre d'une couche de poudre, procurent au malade une certaine fraîcheur et diminuent le prurit. Ce qui réussit mieux encore, c'est le badigeonnage avec la teinture de bouleau ; huile de bouleau 50 grammes, éther sulfurique et esprit-de-vin rectifié ââ 75 ; filtrez et ajoutez huile de lavande 2 (1).

Est-ce un eczéma vésiculeux, suintant, impétigineux, qui s'est développé? Il faudra, pendant la période d'acuité de la maladie, se borner à faire un traitement indifférent, en ayant soin, bien entendu, d'éloigner toutes les causes nuisibles que nous avons énumérées plus haut.

Dans les cas où la maladie est extrêmement intense, c'est-à-dire lorsque la plus grande partie du corps est envahie par des éruptions d'eczéma aigu à différentes périodes, et que le malade a de la fièvre, ce qu'il y a de mieux à faire est de le mettre au lit sans linge de corps et de le couvrir d'un simple drap, après avoir saupoudré le drap de dessous, ainsi que le malade lui-même, d'une grande quantité de poudre d'amidon ou d'une poudre quelconque, dont on mettra également ave

(1) Le lecteur n'oubliera pas que l'auteur ne propose d'appliquer c mode de traitement qu'à « l'eczéma *papuleux* » ; s'il le veut tenter, il fer bien de le surveiller *lui-même*. E. B. — A. D.

abondance entre les plis des articulations, des parties génitales, etc... On aura soin de renouveler souvent ces applications (1).

---

(1) On fait bien difficilement renoncer les malades au « linge de corps »; en tout cas, ils sont mieux aménagés par des pansements appropriés qui écartent les surfaces de contact et empêchent les parties malades d'adhérer aux draps du lit.

Trois modes de pansement : *poudres inertes, enveloppements humides, pansements huileux*. Chacun a son moment d'opportunité, ses localisations de prédilection, ses convenances individuelles, et c'est par *l'essai* de chacun d'eux que l'on arrive, par un tâtonnement inévitable, à mettre les choses au point. Quelquefois même, c'est dans leur emploi *successif* ou dans leur *alternance* que réside l'action favorable.

a) *Poudres inertes.* — L'amidon, pour les grandes surfaces, est la meilleure poudre à mettre en usage d'abord; suivant l'intensité du flux eczématique, les surfaces malades sont, en outre, recouvertes de pansements appropriés avec la batiste, la mousseline, le coton, etc.

b) *Enveloppements humides.* — Le plus important réside dans l'application des cataplasmes faits avec la fécule ou la farine de lin déshuilée; ils doivent avoir été préparés par ébullition, et l'eau de composition peut être additionnée d'acide borique à la dose de 5 à 10 p. 1000. La pâte, convenablement onctueuse, est étendue dans du linge de batiste ou de mousseline fine, en masses *peu épaisses,* et le cataplasme, appliqué presque refroidi; il est ensuite recouvert de toile imperméable FINE, et soigneusement maintenu par un bandage approprié. Aucun moyen de traitement ne rend autant de services que celui-là pendant la période irritative, à la condition de l'appliquer selon les règles que nous indiquons et de renouveler le pansement toutes les trois heures, et au plus toutes les six heures; aussitôt qu'une odeur aigre s'est développée (et on l'atténue considérablement en ajoutant à l'eau des cataplasmes soit 25 p. 100 d'eau de chaux normale, soit 2 à 5 p. 1000 de bicarbonate de soude), le cataplasme doit être changé.

Dans les cas moins intenses, ou à un degré déjà atténué, on peut faire l'enveloppement humide, en entourant les parties malades de deux ou trois doubles de batiste ou de mousseline imprégnée d'eau émolliente, décoction de son, d'amidon, etc., additionnées d'acide borique, de bicarbonate de soude, comme ci-dessus, et recouvertes de toiles imperméables *fines;* mêmes remarques que plus haut pour le renouvellement. On aura soin de *désinfecter* absolument les linges de pansement avant de les appliquer ou de les réappliquer. Les compresses, avant d'être posées, doivent être *étanchées*, bien étalées pour ne pas faire de plis, et, une fois recouvertes de l'imperméable, si le malade a réellement froid ou craint le froid, on met un surtout de flanelle ou de coton.

Enfin, l'enveloppement peut être réalisé plus simplement encore par l'emmaillotement avec les toiles imperméables directement appliquées sur les parties malades, mais à la condition expresse de ne se servir que des toiles imperméables *très fines*, et non de ces toiles grossières, ou de ces lames de caoutchouc épaisses que beaucoup de médecins emploient avec une persistance malheureuse.

Si le malade a de la fièvre, on prescrira une diète proportionnée et on lui donnera à l'intérieur des boissons acides.

On pressera sur les croûtes qui recouvrent les surfaces humides, afin de donner une issue au pus.

Seulement dans les cas de très violente inflammation de la peau, s'accompagnant d'une très vive sensation de douleur et de tension, on aura recours à des applications de compresses imbibées d'eau froide ou d'acétate de plomb basique (10 sur 500 d'eau), que l'on aura soin de changer constamment, afin de maintenir une température basse.

Comme l'eau irrite la peau et provoque sur une partie du tégument déjà eczémateuse un eczéma léger, cet inconvénient, en pareil cas, rend très précieuse l'application de l'appareil réfrigérant de Leiter. Cet appareil consiste en un tube métallique extrêmement souple enroulé en cercles concentriques et qui peut s'ajuster sur les différentes parties du corps, tube par lequel on maintient un courant d'eau par aspiration au moyen d'un tube d'ajutage et d'écoulement. J'ai, dans ces dernières années, appliqué plusieurs fois avec des résultats plus satisfaisants de l'acétate d'alumine sous forme de liqueur de Burow et étendue de 10 à 25 p. 100 d'eau commune. Les compresses étaient renouvelées toutes les deux à trois heures ; et cela dans des cas accompagnés de tuméfaction œdémateuse considérable et de sécrétion abondante de la peau eczémateuse ou de poussées aiguës récidivant localement avec persistance notamment lorsqu'elles récidivent après une application de graisse. Cette thérapie s'est montrée très efficace et dans les cas où, indépendamment de la dermite, outre la perte abondante de sérum provenant des surfaces humides de l'eczéma, le prurit intense et l'insomnie menaçaient de devenir une cause d'épuisement, de grande excitation morale; je recommande, par conséquent, très chaudement ce remède.

Dans les mêmes circonstances, les compresses de thymol agissent quelquefois favorablement (thymol 1, eau 1000).

Tous ces modes représentent, en réalité, le *bain permanent;* leur action est très favorable à la fois pour le soulagement du patient et pour le traitement de la maladie ; malheureusement, beaucoup de médecins en ignorent les détails d'application, qu'on ne leur a jamais appris, ou ne prennent pas la peine de les surveiller.

c) *Pansements huileux.* — Dans les cas intenses, graves, très étendus, quelques malades bénéficient de l'application de compresses imprégnées de liniment oléo-calcaire, pur ou additionné de *faibles* quantités de laudanum, de bicarbonate de soude, d'acide borique. Même enveloppement imperméable et mêmes pansements que ci-dessus, mêmes recommandations. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

En général cependant, dans l'eczéma aigu, le traitement par les applications pulvérulentes est ce qu'il y a de mieux à faire.

Sur les régions pilaires, on laisse la maladie marcher seule et sans aucune intervention thérapeutique, jusqu'à ce que les croûtes tombent et que l'affection arrive à la période squameuse (1). Quant aux parties dépourvues de poils, on peut, à la période de déclin, détacher les croûtes en les enduisant de graisse, et abréger la durée de la maladie en recouvrant les surfaces encore humides d'une pommade appropriée, que l'on maintient à l'aide d'un bandage compressif. La meilleure pommade que l'on puisse prescrire dans ces cas est l'onguent diachylon de Hebra ou la pommade de vaseline et de plomb que j'ai indiquée (emplâtre diachylon simple, vaseline 100 gr.; faites fondre et mêlez). On étale la pommade en couches épaisses sur de la toile que l'on coupe en morceaux de la dimension nécessaire, on les pose sur la peau et on les maintient en place avec des bandes de flanelle (pour la face, c'est un masque de flanelle). Au lieu de se servir de bandelettes, on emploie des épingles de sûreté pour maintenir le pansement. La couche de pommade est renouvelée tous les jours une ou deux fois, après que l'on a eu soin chaque fois de débarrasser la surface de l'eczéma des croûtes macérées et des masses épidermiques. Quelquefois l'onguent diachylon détermine un gonflement aigu de la peau; il sera peut-être alors préférable de recourir à la pommade de vaseline et de plomb ou à la pommade à l'acide borique, à la pommade de zinc ou à une autre application grasse; mais souvent aussi aucune pommade ne sera supportée, et le traitement au moyen de compresses froides (solution d'acétate de plomb, liqueur de Burow), de la pâte de Lassar, ou bien avec de l'amidon seul, devra être continué jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la période squameuse (2).

A partir de ce moment, on peut suivre une voie différente. La plus commode est d'assouplir plusieurs fois par jour avec des graisses les surfaces rudes, squameuses, et de les saupoudrer ensuite afin de dissi-

---

(1) Le bonnet de caoutchouc pour la tête, un masque pour la face, peuvent alors rendre de grands services, mais eux-mêmes ne sont pas toujours supportés. Il faut alors attendre, avoir recours aux pulvérisations tièdes, à la poudre d'amidon, aux applications de pommade au bismuth, carbonate ou sous-nitrate de bismuth 1 à 2 pour 30 d'excipient, à condition que celui-ci soit *frais*, *récent* et neutre ou légèrement alcalinisé.

(2) Voy. sur les méthodes nouvelles de traitement Veiel (de Cannstatt) Ueber die neure Therapie des Ekzems. — *Therap. Monatsh.*, 1889. — *Med. Corr. Blatt de Württ. arztl. Landesver*, numéro d'août 1888.

E. B. — A. D.

muler aussi la rougeur de la peau. Les moyens qui conviennent dans ce cas sont l'onguent émollient, la crème de glycérine (amidon pur 10 grammes, glycérine 40 grammes; faites cuire et mêlez), les pommades au précipité blanc (1 : 40), à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth (1 : 40), l'onguent de Wilson (benjoin pulvérisé 5 grammes, axonge 160 grammes; faites digérer, passez et ajoutez oxyde de zinc 25), la vaseline pure, la glycérine, etc.

Mais, comme l'eczéma squameux s'accompagne de démangeaisons, bien que quelques-uns des médicaments que nous venons d'énumérer soient irritants à la peau, il faut cependant, à moins que l'on n'ait d'autres motifs, dans l'eczéma de la face par exemple, si l'on veut que le malade puisse sortir, il faut, dis-je, persister dans l'usage de ces médicaments; mais ce qui est mieux encore, à cette période, c'est de recourir au goudron.

Nous nous servons des diverses espèces de goudron que nous avons indiquées à propos du psoriasis. Mais ici la plus grande attention est nécessaire. D'abord, — contrairement à ce que l'on fait pour le psoriasis, — il ne faut jamais, dans l'eczéma, appliquer le goudron sur les parties humides. Bien que déjà recouverte d'épiderme, la peau qui conserve une coloration rouge vif après la disparition du suintement s'enflamme très facilement sous l'influence du goudron et redevient le siège d'une sécrétion aiguë, surtout dans les régions où des plis de la peau se trouvent en contact les uns avec les autres (aux parties génitales, à la face inférieure des seins). Dans ces cas, on peut, après une seule application de goudron, avoir la surprise désagréable de voir que la maladie se reproduit comme au début avec gonflement et suintement. Pour éviter un accident aussi fâcheux, il est bon de recouvrir pendant les premiers jours d'une couche de pommade les parties que l'on a enduites de goudron (1). Après plusieurs jours écoulés, quand on verra que l'épiderme brunit et que l'hyperhémie diminue, et si, en même temps, la température de la peau reste fraîche, on pourra faire les badigeonnages avec le goudron seul; encore est-il toujours pr-

(1) On évitera surtout cette surprise désagréable quand on attendra le moment physiologique opportun et quand on essaiera la susceptibilité des parties malades d'une manière partielle et avec prudence. *Savoir attendre* est ici, comme bien souvent en thérapeutique, une chose essentielle. L'huile de cade ou de bouleau, mitigée d'abord avec du liniment oléo-calcaire ou de l'huile d'amandes douces, puis employée pure, peut satisfaire à cette période de traitement. Malheureusement, la généralité des praticiens applique ordinairement le médicament trop tôt et, pour un cas d'impunité, récolte de nombreux revers. Ce n'est pas ici la faute du remède, mais bien celle du médecin. E. B. — A. D.

ent d'empêcher le contact des plis de la peau les uns avec les autres ar des applications de poudre.

A mesure que la régénération épidermique se régularise et que la eau reprend sa coloration normale, l'épiderme imprégné de goudron evient adhérent et la surface de la peau paraît uniformément brune. n attend alors que cette couche brune soit tombée, laissant une surface anche et lisse; si, au contraire, la peau continue à desquamer, on eut la rendre immédiatement souple par des onctions avec les pommades indifférentes que nous avons énumérées plus haut.

A cette période, on réussit aussi à faire disparaître rapidement le ocessus avec une solution de 1 gramme de naphtol pour alcool lué, 200 grammes. On fait un badigeonnage une fois ou tout au plus eux fois par jour, pendant deux à trois jours. Si la peau supporte ces pplications, elle paraît légèrement brunie, lisse et pâle; il convient ors de cesser l'emploi du remède. La desquamation a lieu lentement d'une manière insensible, ce qui est la condition la plus favoble. Cependant, dès que la peau devient un peu rouge sous l'influence u badigeonnage de naphtol ou que l'épiderme présente des crevasses perficielles, il faut cesser le traitement.

La pommade de naphtol à 1 0/0, employée en onction légère une à eux fois par jour et poudrée, peut toutefois remplacer le goudron mme traitement final. Aussi, dans ce cas, le résultat favorable doit-il paraître immédiatement dans l'espace de un à deux jours; il faut ors s'arrêter. Il en sera de même si le contraire a lieu, c'est-à-dire dans cas où il survient de nouveau de l'irritation et de la chaleur de la au, comme pendant l'application prématurée du goudron.

Dans le traitement de l'eczéma chronique, la première indication est ramollir méthodiquement et de faire tomber non seulement les oûtes qui recouvrent les parties malades, mais encore les masses épirmiques qui sont épaisses, sèches et parfois calleuses.

En seconde ligne, le traitement doit être dirigé en vue de faire disparaître l'hyperhémie chronique qui forme le fond anatomique de l'hypersie de l'épiderme, ainsi que les exacerbations qui se montrent de nps en temps et donnent lieu à la production des papules et des vésies, puis au suintement. En même temps, le traitement devra avoir ur but d'amener la résorption de l'exsudat chronique et de l'œdème la peau, et de faire cesser le prurit.

Comme il ne s'agit pas ici d'une hyperhémie aiguë, on pourra ourir parfois à des remèdes tout à fait énergiques, souvent même à moyens qui déterminent réellement un degré plus ou moins considable d'inflammation aiguë et quelquefois même un véritable eczéma

aigu. On sait par expérience, en effet, que, dans le mouvement actif du sang et des humeurs qui accompagne l'inflammation aiguë, les callosités épidermiques épaisses se détachent plus rapidement, et les exsudats inflammatoires anciens dans le chorion, comme dans les autres tissus, arrivent plus facilement à être résorbés. Le succès du traitement dépend de l'application plus ou moins opportune de ces principes et du talent du médecin à choisir plus ou moins convenablement le médicament approprié au siège et à la période de la maladie.

Quant aux moyens à l'aide desquels on peut ramollir l'épiderme et les croûtes, ce sont toutes les graisses que je vous ai déjà indiquées et, en particulier, l'huile de morue, ensuite l'onguent diachylon de Hebra, la pommade de vaseline et de plomb, etc., et l'eau.

On verse ces huiles sur la peau plusieurs fois par jour et en grande quantité, et l'on frotte de manière à fragmenter et ramollir les croûtes et les écailles épidermiques. Puis on enveloppe les parties du corps, ainsi frottées d'huile, avec des étoffes de laine, qui maintiennent la graisse sur la peau. Les graisses solides, les pommades un peu fermes, c'est-à-dire particulièrement l'onguent diachylon de Hebra, l'onguent de vaseline et de plomb que j'ai proposé, la pommade de paraffine et d'acide borique ramollissent encore mieux ces croûtes, quand on a soin de les étaler en couches épaisses sur des pièces de toile ou de laine, de les appliquer exactement sur les parties de la peau envahies par l'eczéma; on les maintient avec des bandes de flanelle.

On peut remplacer, et avec grand avantage, ces préparations par l'emplâtre, qu'a proposé Pick, de savon salicylé (10 à 20 0/0 d'acide salicylique sur 100 d'emplâtre de savon). Ces emplâtres, s'ils ont été récemment préparés, collent bien, et, si on les maintient appliqués avec des bandes de calicot ou, comme Pick l'a indiqué, avec des tricots, ils agissent par macération et diminuent aussi l'hyperhémie inflammatoire et l'infiltration. On peut laisser en place ces emplâtres de un à plusieurs jours dans tous les cas où c'est nécessaire. Toutefois, l'emplâtre salicylé mérite, pour le traitement de l'eczéma chronique infiltré, la préférence sur les pansements de graisse et les tarlatanes-emplâtres de Unna, qu'on a recommandés incidemment, et les emplâtres sur gutta-percha préparés primitivement par Seabury et Johnson, et très vivement vantés dans les dernières années par Beiersdorf et Unna, puisque, avec ces derniers emplâtres, il se produit une macération énergique, mais avec la même facilité un eczéma artificiel, et cette action nocive n'est nullement neutralisée par l'adjonction de zinc, de salicyle et de borax, etc., qui a été conseillée.

On peut employer l'eau sous forme de compresses ou d'enveloppements faits d'après la méthode de Priessnitz, ou bien en bains de va-

peur, douches ou bains de baignoire. L'enveloppement caoutchouté, dont nous avons déjà parlé, est très efficace; on peut s'en servir sous forme de vêtements complets, de bonnets, de gants, de jaquettes, de pantalons et de bas, ou bien en appliquant des bandes de caoutchouc, ou, enfin, en recouvrant les parties atteintes d'eczéma avec des plaques ou des masques de caoutchouc (E. Besnier). Souvent, la macération qui se produit sous le caoutchouc ou par l'emploi de l'eau détermine accessoirement sur les parties saines de la peau une nouvelle éruption d'eczéma.

Pour faire macérer et disparaître les produits de l'eczéma déjà ramollis, on emploie encore, de temps à autre, des lotions avec le savon vert, le savon de glycérine, ou l'esprit de savon de potasse, le savon de naphtol et de soufre que j'ai indiqués.

Les eaux thermales indifférentes n'agissent que comme moyen de macération; celles qui contiennent du soufre ne sont salutaires que dans certaines formes d'eczéma, et encore faut-il, dans ces cas, en faire un usage prolongé et continu.

Sur les points couverts de callosités épaisses, que les moyens précédemment énumérés ne peuvent ni ramollir, ni entamer, ni rendre lisses, il faut faire des frictions avec l'acide acétique concentré ou avec l'acide chlorhydrique, ou bien ces callosités céderont à l'application du savon noir, que l'on étale sur de la flanelle et qu'on laisse en place pendant douze à vingt-quatre heures, ou, mieux encore, à l'application d'une solution de potasse caustique 5, pour eau distillée 10. Cette solution met à nu toutes les surfaces atteintes d'eczéma et agit sur cette affection absolument comme un réactif chimique.

Il est préférable d'utiliser l'action combinée du savon mou, du goudron, du soufre et de la graisse, dont on use concurremment avec la pommade sulfureuse de Wilkinson modifiée, dans l'eczéma chronique, aussi bien dans celui qui s'accompagne d'un épaississement considérable de l'épiderme que même dans la période humide et pustuleuse; il en est spécialement ainsi dans l'eczéma du cuir chevelu, du sein, du scrotum, des doigts, de la paume de la main et de la plante des pieds.

Pour ce qui est de la méthode à suivre dans le traitement de l'eczéma chronique, voici comment on procède. On commence par la macération des croûtes, c'est-à-dire par les applications d'huile, de pommades, d'enveloppes caoutchoutées, par les lavages avec différents savons, la cautérisation avec la solution de potasse, les bains, etc., et l'on continue ce traitement pendant un certain temps, jusqu'à ce que la peau atteinte d'eczéma devienne souple et lisse, qu'elle ne s'excorie plus par le fait d'un lavage énergique avec le savon et que l'on n'y aperçoive plus aucun point humide. Ordinairement, la peau est déjà devenue nor-

male; mais, quelquefois aussi, elle reste encore hyperhémique (eczéma squameux). On applique alors le goudron, et on continue le traitement jusqu'à la fin, comme nous l'avons décrit pour l'eczéma aigu.

L'eczéma squameux, sans épaississement considérable de l'épiderme, peut, dès le principe, être traité par le goudron, que l'on étend en couche très mince avec un pinceau de crin, mais en frottant énergiquement; cette application fait également disparaître le prurit le plus rapidement possible. Si l'épiderme est réellement épaissi, on peut, dans les premiers temps, faire usage d'un mélange d'huile d'olive ou d'huile de foie de morue avec l'huile de hêtre ou de bouleau (1 : 1 ou 1 : 2). La pommade de Wilkinson modifiée (qui contient du soufre, du goudron, du savon et de la graisse), appliquée de huit à douze fois, agit favorablement, sous tous les rapports, dans un temps très court, sur les surfaces anciennement envahies. Sur les points où il n'y a qu'un léger eczéma, il suffira de faire des badigeonnages avec la teinture de bouleau, des lavages avec le savon dur de goudron, avec le savon liquide de goudron (huile de bouleau 20, esprit de savon de potasse 50, glycérine 10), des onctions avec la pommade de goudron (huile de hêtre 10, glycérine 5, onguent émollient 50, baume du Pérou 2,50), avec la pommade à l'acide phénique (1 : 50), à l'oxyde de zinc, au précipité; naphtol 1 à 2, onguent émollient 100; ou avec la crème de potasse. On distingue cette dernière, suivant la quantité de potasse qu'elle contient, en crème n° I, n° II, n° III et n° IV (glycérine 40, huile de rose, huile de fleur d'oranger ãã 2 gouttes, solution de carbonate de potasse 2,50 (n° I), 5 (n° II), 10 (n° III), 20 (n° IV).

Après avoir exposé, d'une façon aussi détaillée que possible, les principes généraux du traitement de l'eczéma chronique, et les remèdes et méthodes qu'il convient d'employer, je veux encore donner ici quelques indications relativement aux eczémas localisés à certaines régions en particulier.

Dans l'eczéma du cuir chevelu, on peut ramollir les croûtes avec l'huile d'olive, l'huile de foie de morue, l'huile phéniquée (acide phénique 1, huile d'olive 100, baume du Pérou 2, ou naphtol 1, huile d'olive 100), ou bien à l'aide du bonnet de caoutchouc. Ce bonnet doit être maintenu avec des bandes de flanelle, et jamais avec des cordons élastiques. Les matières ramollies sont enlevées tous les jours, ou tous les trois ou quatre jours, au moyen de lavages avec l'esprit de savon de potasse. On doit prévenir les femmes que leurs cheveux tomberont en grande quantité, et que ce traitement en entraînera encore une partie; mais la réparation ne tarde pas à se faire; il est donc barbare de couper la chevelure pour ce traitement. A partir de la période squameuse, on aura recours aux badigeonnages avec la teinture de hêtre,

l'alcool de naphtol (1/2 0/0), plus tard avec l'alcool phéniqué et les pommades au précipité blanc, à l'oxyde de zinc ou à la pommade d'althéa. Lassar recommande d'employer déjà dans la période humide sa pâte composée de : oxyde zinc, amidon ââ 25; vaseline pure 50; acide salicylique 1 (pâte de Lassar). Le badigeonnage avec la pommade de Wilkinson agit souvent mieux en l'employant au début. Les douches et les compresses froides (sous-acétate de plomb liquide, liqueur de Burow) sont très utiles dans les cas où le cuir chevelu est le siège d'une vive inflammation (1).

Dans l'eczéma impétigineux de la face, il faut adapter exactement les emplâtres, les pièces de toile enduites de pommade, les masques de caoutchouc destinés à produire la macération des croûtes, et couper ces pièces spécialement pour chaque partie du visage, le nez, le front, les oreilles, les lèvres, remplir les sillons et les creux avec des tampons de charpie et serrer le tout au moyen d'un masque de flanelle. On place dans la cavité des narines des tampons imbibés de glycérine, d'huile, d'onguent émollient ou de substances analogues (eau et glycérine ââ 10, sulfate de zinc 0,15). On cautérisera avec le nitrate d'argent les fissures si tenaces de la muqueuse nasale (2). Dans l'eczéma du bord des paupières, une pommade composée de précipité rouge 0,15, pour onguent émollient 10, réussit très bien. La résorption de l'infiltrat des lèvres est accélérée par la pression exercée au moyen de bandes de flanelle enduites de pommade, ou bien d'emplâtre de minium (3). Quand il n'y a plus nulle part de suintement, on peut alors employer le goudron, la

---

(1) Les douches de vapeur s'associent ici avec grand succès à l'emploi du bonnet de caoutchouc; les cheveux, chez les hommes et chez les jeunes sujets, doivent toujours être coupés ras. Chez les femmes, c'est une question plus délicate, mais qui doit encore être résolue par l'affirmative quand la maladie est ancienne, tenace et que la chevelure est dans un état misérable qui en rend le sacrifice facile.

Nous n'avons généralement pas retiré de bénéfice manifeste des pratiques hydrothérapiques à l'eau froide dans ces conditions particulières.

E. B. — A. D.

(2) Les douches pulvérisées tièdes, le masque fait avec de la toile caoutchoutée ou du caoutchouc laminé, sont les moyens à la fois les plus simples et les plus efficaces. E. B. — A. D.

(3) On obtiendra plus simplement ce résultat avec notre procédé : une bandelette de caoutchouc laminé, mesurée aux dimensions de la lèvre inférieure, est appliquée à sa surface et y est maintenue, légèrement tendue, par des cordons non élastiques, cousus aux angles de la bandelette, deux de chaque côté, ramenés en arrière l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'oreille, et noués derrière la tête. L'appareil est maintenu en place la nuit ou le jour, ou la nuit et le jour selon les cir-

pommade de zinc ou de précipité, l'onguent de Wilson, la vaseline, la pâte de Unna, la crème de glycérine, etc. Ce sont les fissures situées dans les sillons des oreilles qui résistent le plus longtemps (1).

---

constances. Cet appareil est celui qui nous sert communément pour la guérison rapide de l'eczéma pilaire de la lèvre supérieure.

(1) L'eczéma des *régions pilaires de la face* comporte des indications particulières que l'on ne saurait omettre d'indiquer; plusieurs de nos élèves ont exposé, en détail, notre pratique sur ce point. Voyez KINZELBACH et HOEL, *loc. cit.*, p. 664.

Nous distinguons particulièrement deux localisations :

a) *Eczéma récidivant de la lèvre supérieure.* — Cet eczéma, le plus habituellement traité au moyen d'applications irritantes, mercurielles, etc., et ainsi éternisé, peut être souvent guéri avec rapidité par quelques épilations de la partie malade, les douches tièdes pulvérisées, les cataplasmes et la bandelette de caoutchouc élastique. La barbe est, il est inutile de le dire, rasée autour des parties malades pour permettre l'application exacte des cataplasmes ou de la bandelette élastique. L'épilation, relativement peu douloureuse, est faite aussitôt que les croûtes ont été enlevées par les douches, l'application des substances grasses et les cataplasmes. C'est l'affaire de vingt-quatre heures. On taille ensuite les poils aux ciseaux à quelques millimètres de la peau, et on épile à la pince les poils, un à un.

Le lendemain, quelques vésico-pustules et de petites excoriations punctiformes sont constatées ordinairement. Si les cataplasmes sont bien appliqués en permanence, le soulagement est extrême et l'amélioration manifeste en peu de jours. On continue les douches pulvérisées, dix minutes, deux fois par jour, puis on pratique une nouvelle épilation si le résultat n'est pas complet. Au bout de très peu de jours, le pansement avec la bandelette élastique est suffisant, et les ouvriers peuvent rapidement reprendre leurs occupations.

Quand l'affection, d'abord amendée, semble, au bout de huit à dix jours, rester stationnaire, on a recours aux divers topiques appropriés, et, en dernier ressort, aux scarifications linéaires.

b) *Eczéma de la barbe.* — L'eczéma chronique de la barbe proprement dit constitue une des formes les plus tenaces, les plus enracinées de l'eczéma; c'est par séries d'années qu'il faut compter la durée de la maladie. Quelques cas résistent à tous les modes de traitement; mais, dans la grande majorité, l'épilation régularisée, par séries, répétée pendant plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, vient à bout de l'affection. Les douches pulvérisées, le caoutchouc, les cataplasmes de fécule, constituent l'agent du traitement pendant plusieurs semaines jusqu'à amélioration considérable. Le moment venu, la pommade de Hebra, le goudron ou l'huile de cade, moins souvent le soufre ou l'ichthyol, ou encore les badigeonnages avec des solutions de nitrate d'argent, achèvent la guérison. Cette méthode de traitement, malgré le préjugé de beaucoup de médecins contre l'épilation, peut être instituée de la ma-

L'eczéma chronique du bord des lèvres (1) ne disparaît souvent qu'après une cautérisation réitérée avec une solution concentrée de potasse (2). Il en est de même pour l'eczéma du sein et du mamelon, dont la peau ne se ramollit rapidement que par le traitement avec les compresses enduites de savon noir, la solution de potasse caustique, le collodion additionné de sublimé (0,50 de sublimé pour 50 de collodion), ou l'acide acétique. Le mamelon supporte très bien ces applications, de même que celles de goudron. Chez les femmes enceintes, je n'ai jamais vu ce traitement déterminer l'avortement.

On traitera l'eczéma du scrotum d'après les mêmes principes. Seulement, ici la difficulté est plus grande pour appliquer exactement les remèdes émollients, onguent diachylon, pommade de vaseline et de plomb, emplâtre salicylé, suspensoir en caoutchouc (3), etc. Quand

---

nière la plus régulière et la plus simple, les malades pouvant vaquer à leurs occupations dans la journée. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Voyez plus haut la note 1 des pages 644 et suivantes.
E. B. — A. D.

(2) Ces applications peuvent être avantageusement remplacées par des onctions de savon mou de potasse.

Le procédé de la bandelette élastique que nous venons d'indiquer convient ici; la bandelette doit avoir la même longueur, 6 à 8 centimètres, mais être plus large, 3 à 5 centimètres; sa partie moyenne, qui correspondra à la fente buccale, doit être *incisée* (sans rien enlever du tissu) horizontalement dans une longueur de 3 à 4 centimètres. Le procédé de déligation est le même que ci-dessus. Si les cordons sont convenablement (modérément) tendus, le caoutchouc s'applique très bien sur les parties malades, la langue peut être projetée hors de la bouche et la respiration buccale est assurée par l'incisure de la pièce élastique. Cet appareil peut être aisément porté durant le sommeil et souvent pendant la journée. E. B. — A. D.

(3) Le suspensoir en caoutchouc laminé très fin, non vulcanisé, ou mieux, le suspensoir en *toile fine* de caoutchouc, bien appliqué, rend les plus grands services dans la cure de l'eczéma du scrotum. Quand il existe en même temps de l'intertrigo scroto-crural, on y adapte, avec profit pour le patient, des ailettes en toile fine de caoutchouc, réglées par des cordons; ces appareils peuvent, en outre, servir à maintenir les pansements humides, ou autres. La recommandation expresse à faire aux intéressés est de prendre les plus grands soins de la propreté de leurs appareils de caoutchouc, qui doivent être soigneusement lavés à l'eau *froide*, sans savon.

Beaucoup d'« eczémas » du scrotum sont dus au contact de l'urine, surtout chez les sujets à urine *toxique;* chez les « *urinaires* » qui ne prennent pas le soin suffisant de débarrasser le canal de l'urèthre, il se fait un suintement dont le patient n'a pas conscience, qui cause ou perpétue la dermite, et qu'il suffit souvent de tarir pour obtenir la guérison de l'affection cutanée. E. B. — A. D.

l'eczéma est ancien, il est difficile d'en triompher sans cautériser un point ou un autre. Il n'est pas rare d'observer, dans le cours de cette affection, des moments très douloureux. On peut même voir survenir des accidents nerveux quand la peau du scrotum se trouve, en totalité, mise à nu. Les lavages au savon, qu'il est nécessaire de pratiquer deux fois par jour, seront faits sous forme de bains de siège; on n'arrive à l'usage du goudron que quand la solution de potasse ne détermine plus de suintement nulle part. Il est difficile de guérir un eczéma ancien du scrotum en moins de six semaines à trois mois; et, la guérison obtenue, le malade devra se prémunir contre l'influence de la sueur en portant un suspensoir et en faisant usage des poudres absorbantes.

On traite de même l'eczéma du périnée et de l'anus. L'onguent diachylon, ou, si celui-ci est trop actif, l'onguent simple, la pommade de borax, les bandes de caoutchouc, en un mot tous les agents aptes à provoquer la macération de l'épiderme et à recouvrir les surfaces dénudées seront employés; ces pansements seront maintenus par des bandages appropriés, de toile ou de flanelle, en exerçant une compression légère.

S'il y a des rhagades dans le rectum, on introduira des suppositoires composés de beurre de cacao 1,50, oxyde de zinc 0,15 ou additionnés d'extrait aqueux d'opium 0,02, ou d'extrait de belladone 0,02 avec 1 p. 100 de cocaïne, et on prescrira des lavements froids (1).

(1) Si les lésions eczémateuses ont quelque intensité, il faut, pour soulager rapidement le malade, un *ensemble* de moyens dont voici un aperçu :

1° Localement, pendant la nuit, cataplasmes refroidis, convenablement placés, recouverts de toile imperméable et bien maintenus. Pendant le jour, le malade portera en permanence une plaque anale de caoutchouc laminé fin, ou de toile de caoutchouc, qu'il est très facile d'associer à un suspensoir. Après chaque garde-robe, prendre, pour rendre de suite, un lavement d'eau boriquée à 1 p. 100.

2° A l'intérieur, médication interne appropriée à l'état du sujet; emploi des alcalins; antisepsie intestinale. Si le malade se soumet, en même temps à un régime sobre, s'il évite les irritants, les épices, etc., il arrivera souvent, dans les délais les plus courts, à se délivrer de l'une des localisations les plus pénibles de la maladie eczémateuse.

A la vulve, les difficultés sont plus grandes encore, en raison surtout de l'écoulement du sang menstruel, des liquides vaginaux et de la souillure réitérée de la région par l'urine; quand la peau est déjà eczématique, et qu'en même temps l'urine est hypertoxique, les douleurs à chaque miction deviennent intolérables. L'eczéma s'étale à la face interne des cuisses, sous forme de dermite papuleuse cohérente (faux

Le meilleur mode de traitement de l'eczéma des mains et des doigts c'est d'employer des gants ou des doigts de gant en caoutchouc (1), et, suivant les cas, des applications méthodiques d'emplâtre salicylé, de pommades, de tarlatanes-emplâtres et de lavages savonneux, tant qu'il existe des surfaces dénudées, des pustules et des rhagades. Dans les formes tenaces, en particulier, s'il existe des callosités épaisses de la paume des mains et des doigts, et des vésicules profondément situées, on peut recommander les manuluves avec la potasse caustique (5 : 500 d'eau) ou avec le sublimé (5 : 500), bains que l'on prend chaque jour pendant dix minutes seulement. Immédiatement après on lave les mains avec de l'eau, on les essuie et on les recouvre avec le caoutchouc ou avec de la pommade. Souvent on réussit beaucoup plus rapidement en faisant des badigeonnages avec la pommade Wilkinson, dont on alterne l'emploi avec celui de la macération par des emplâtres. Pour les eczémas calleux circonscrits de la paume de la main, on peut, après les avoir cautérisés avec l'acide acétique ou citrique, les ramollir en les recouvrant de baudruche ou de traumaticine (solution de gutta-percha dans du chloroforme) ou frictionner avec une pommade de naphtol à 5 p. 100. On excisera avec les ciseaux ou l'on cautérisera avec l'alun ou avec la pierre infernale les végétations qui surviennent dans le pli unguéal. Le traitement terminal par le goudron ou par les pommades émollientes que nous avons énumérées est ici le même que dans les autres variétés.

---

lichen), extrêmement prurigineuse, et tourmente les malades au plus haut degré.

La médication et le régime sont les mêmes que pour l'eczéma de l'anus; il faut, en outre, modifier la toxicité des urines par l'antisepsie intestinale et examiner attentivement sa composition, pour en tirer les indications curatives ; — l'urine des glycosuriques, par exemple, est une des plus irritantes ; — quelquefois, oblitérer le vagin par des tampons convenablement renouvelés. Toutes les fois que la malade urinera, elle fera une lotion immédiate de toutes les régions souillées avec de l'eau boriquée tiède ; les surfaces malades seront enduites d'un peu d'onguent épais de zinc, puis poudrées à l'amidon, et les surfaces de contact écartées par des pansements appropriés, pendant le jour. Pendant la nuit, cataplasmes froids.

Parmi les cures minérales utiles dans les cas rebelles, nous signalons particulièrement celles qui se font aux eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), dont nous avons plusieurs fois constaté l'action favorable. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) A la condition d'employer le caoutchouc souple, *fin*, non vulcanisé, ou les gants de toile *fine* de caoutchouc, *et non* les gants grossiers (gants de chimistes) en caoutchouc vulcanisé, que de trop nombreux médecins infligent à leurs patients. E. B. — A. D.

Pour l'eczéma de l'ombilic, on place dans cette cavité des tampons avec de la pommade, ou de l'acétate de plomb, ou de la poudre simple. Si la rougeur et le prurit persistent, on a recours au goudron.

Des placards d'eczéma très limité du tronc, des membres, guérissent souvent par des applications de solution de sublimé (1 pour 100 d'alcool ou de collodion).

Le traitement de l'eczéma du côté de la flexion des articulations doit être institué conformément au plan général que nous avons exposé. L'eczéma du creux de l'aisselle est souvent compliqué d'inflammation et de suppuration des ganglions lymphatiques de cette région, affections auxquelles on applique le traitement qu'elles réclament (1).

Dans l'eczéma chronique généralisé, le médecin doit apprécier dans chaque cas spécial quelle est la méthode à laquelle il doit donner la préférence, puisque les remèdes et les méthodes devront varier suivant l'intensité de l'affection totale, suivant la prédominance de telle ou telle forme, et suivant la position du malade, s'il est absolument obligé de sortir ou s'il peut se consacrer entièrement à son traitement. C'est ainsi que, dans un cas, on enveloppera tout le corps dans des vêtements de caoutchouc ; une autre fois, on aura recours à des badigeonnages avec l'huile de foie de morue goudronnée ou avec l'onguent de Wilkinson ; ou bien l'on devra appliquer des traitements différents aux diverses parties du corps : on couvrira l'une de goudron, l'autre d'onguent diachylon, une troisième de poudre, tandis que l'on cautérisera la quatrième, etc., suivant l'indication.

Comme vous l'avez vu, nous nous efforçons d'obtenir dans tous les cas, par l'usage approprié de remèdes locaux, une guérison certaine de l'eczéma, non pas seulement dans les régions où il est produit par des causes locales ou externes, mais encore là où nous croyons qu'il est provoqué par des affections réelles ou supposées de l'organisme,

---

(1) L'eczéma de l'aisselle est surtout l'origine de péri-adénites et d'adénites *sudoripares ;* il est le plus habituellement du type séborrhéique. Après l'irritation vive combattue comme à l'ordinaire, les pommades au soufre et au goudron conviennent fort bien. Très souvent chez les femmes, où il est de beaucoup le plus fréquent, on le guérit rapidement et aisément : 1° en faisant trois à quatre fois par vingt-quatre heures un savonnage de la région, suivi d'un poudrage à l'amidon ; 2° en supprimant tous les plis de vêtement, manches de chemises et de flanelles, doublures en caoutchouc, etc., que les femmes accumulent dans ce pli ; en un mot, en surveillant et en faisant exécuter les soins d'hygiène locale indispensables ; le médecin ne doit pas craindre d'entrer dans les détails d'application ; son succès est à ce prix.

E. B. — A. D.

telles que la chlorose, les dyspepsies, le catarrhe chronique du sommet des poumons, la dysménorrhée, etc.

Mais, chez ces malades, nous comptons beaucoup en même temps sur une médication interne dirigée vers le même but, et au moyen de laquelle on peut faire disparaître la maladie générale, qui est la cause de l'eczéma, et, par là même, la disposition aux récidives.

Dans ce but, nous donnons aux enfants scrofuleux l'huile de foie de morue à l'intérieur ; aux femmes atteintes de chlorose ou de dysménorrhée, du fer seul ou combiné à l'arsenic, solution de Fowler. Un médicament que l'on peut recommander est la mixture ferro-vineuse et arsenicale de Er. Wilson :

Liquor arsenici chloridi (Pharmacopée britannique (1), sir. simple ââ 10, vin ferrugineux 60, eau phéniquée 80), une cuillerée à bouche chaque jour ; ou bien solution arsenicale de Fowler 5, teinture de malate de fer, teinture de rhubarbe ââ 20, eau de menthe 140, dont on prendra une ou deux cuillerées à bouche par jour. Des pilules composées de : fer citro-ammoniacal 5, arsenic blanc 0,04, extrait et poudre de racines de gentiane q. s. pour faire cinquante pilules. Deux pilules par jour. Puis les amers, dans le catarrhe chronique des poumons et la dyspepsie, la tisane de sommités de mille-feuille, le chénopodium, le lichen d'Islande, les cures de lait ou de petit-lait ; des eaux minérales faiblement alcalines : Gleichenberg, Marienbad ; des eaux ferrugineuses, comme Franzensbad, Spa, Pyrmont, Schwalbach ; l'eau arsenico-ferrugineuse de Roncegno (deux à trois cuillerées à soupe chaque jour dans de l'eau sucrée ou du vin) ; en été, le séjour à la campagne et dans les montagnes, et un régime en général fortifiant. Il est également utile de conseiller à ces personnes l'usage de boissons alcooliques, de vins cuits et de bonne bière (2).

---

(1) La « *liquor arsenici chloridi* » (solution d'acide arsénieux dans l'acide chlorhydrique) de la pharmacie anglaise était autrefois employée sous le nom de *Valangin's mineral solvent*, dont la formule se trouve dans les formulaires. E. B. — A. D.

(2) Il n'y a pas de traitement général de l' « eczéma » ; il n'y a que des eczémateux qu'il faut traiter non seulement selon l'espèce particulière d'eczéma dont ils souffrent, mais encore selon leur état diathésique, selon les conditions d'organes et de fonctions qu'ils présentent. Celui qui traitera le mieux un eczémateux au point de vue général sera celui qui analysera avec le plus de sollicitude et de compétence la situation particulière de chaque malade, et qui fera le nécessaire pour rectifier dans son hygiène, dans sa situation locale, dans ses conditions morales, en même temps que dans ses organes et ses fonctions, tout ce qui peut être défectueux.

L'*âge* est très important; les travaux nombreux publiés sur le traite-

Enfin, dans aucune circonstance, nous n'interdisons à nos malades atteints d'eczéma l'usage d'aliments âcres, salés ou épicés, du fromage,

---

ment de l'eczéma de l'enfance en particulier — Unna, Gaucher, etc., etc., et en dernier lieu E. Schiff, Zur Pathol. und Therap. des Ekzems im Kindesalter, *Wiener medic. Wochenschr.*, 1889, nos 12, 13, 14 et 15 — indiquent tout l'intérêt pratique de cette question.

Aucun médicament interne ne peut être considéré comme spécifique, pas plus les *alcalins* que les *arsenicaux* dont il est fait abus. Selon les cas, toute la série médicamenteuse générale peut être utilisée: l'*huile de morue*, le *fer*, les *sulfureux*, les *alcalins* et l'*arsenic*.

L'indication nette de l'arsenic se présente dans les cas ayant *dépassé* la période active, alors que l'irritation chronique du derme et les troubles persistants de la fonction épidermique semblent s'éterniser. La dose doit quelquefois être menée jusqu'aux limites de la *tolérance individuelle*, avec les précautions et la surveillance indispensables.

Les alcalins sont vraiment utiles dans beaucoup de cas à toutes les périodes, chez les sujets vigoureux, dans la diathèse urique, chez les goutteux, les glycémiques, les obèses.

Les sulfureux, trop oubliés, sont fort utiles dans la série nombreuse des sujets lymphatiques qui payent à l'eczéma un tribut si élevé. Pendant l'hiver, l'huile de morue convient à beaucoup d'entre eux. L'indication des ferrugineux ne dérive jamais de l'eczéma lui-même, mais de l'état d'anémie accentué.

Ces remarques s'appliquent à l'usage des *eaux minérales*, dont les plus usitées en France sont les eaux de la Bourboule (arsenicales), d'Uriage (sulfosalines), de Saint-Gervais (sulfureuses, etc.), de Luchon et de Cauterets (sulfureuses), de Royat (alcalines), etc., etc. Il n'en existe aucune qui soit indiquée empiriquement; aucune qui ne puisse échouer, alors même que l'indication a été posée aussi attentivement que possible, et que l'application en a été dirigée avec le soin le plus minutieux.

L'indication des eaux minérales dans le traitement de l'eczéma peut avoir un double objectif, soit guérir directement un eczéma invétéré rebelle, soit modifier le terrain individuel de l'eczémateux, pour favoriser la guérison de la dermatose ou le prémunir contre les récidives.

Le premier but à remplir est le plus délicat, car il faut tenir compte, non seulement de l'indication générale, mais encore de l'indication locale. Nous considérons comme une contre-indication essentielle, sauf de rares exceptions, la *période ascensionnelle*, et nous ne dirigeons les malades atteints d'eczéma à un degré d'activité quelconque que sur des stations minérales où ils sont assurés de trouver une organisation balnéaire convenable et une direction médicale autorisée.

Mais nous nous empressons de déclarer que s'il s'agit, et c'est là pour nous l'indication moyenne, de modifier l'état diathésique ou un état morbide accidentel de l'eczémateux, supposé capable de provoquer ou de favoriser les récidives ou le progrès de l'eczéma, non seulement les stations que nous avons indiquées, mais encore toutes celles qui sont aptes à modifier cet état diathésique ou ces troubles d'organes

du caviar, etc., parce que ces substances n'augmentent ni l'eczéma, ni le prurit, et qu'elles ne déterminent en aucune façon cette « âcreté du sang » que l'on redoute tant, mais qui n'existe pas (1). Tous ces

---

et de fonctions peuvent réclamer les eczémateux : Vichy, Pougues, Vals, Évian, Vittel, Contrexéville, Salins et Salies, Bagnères-de-Bigorre, Plombières, Néris, Luxeuil, etc.

Ce que nous venons de dire est suffisant, nous le pensons, pour permettre aux praticiens de diriger les malades vers les sources qui leur sont vraiment *appropriées;* aux médecins traitants qui exercent auprès des sources, il appartient de préciser les indications de la cure, de graduer l'action générale et locale des eaux, selon les conditions particulières du patient, et de surveiller l'évolution thermale. En formulant nettement ces propositions, nous sommes assurés d'avoir avec nous tous les médecins fidèles aux principes de la médecine rationnelle.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) A aucun titre, à aucun degré, nous ne saurions admettre, avec le professeur Kaposi, que l'alimentation, l'état moral, la réglementation du sommeil et de la veille, que l'hygiène en un mot soit sans influence sur l'évolution des affections de la peau. Nous croyons, au contraire, que chez un grand nombre de malades, sinon chez tous, les écarts de régime, l'usage des viandes salées, du café et surtout des alcooliques, peuvent entretenir et aggraver *certaines* lésions cutanées. Il en est de même des veilles prolongées.

Combien de fois n'avons-nous pas entendu des eczémateux nous déclarer que, dès qu'ils prenaient des liqueurs, dès qu'ils mangeaient de la viande de porc, des mets trop salés ou trop épicés, il survenait une rechute. Le prurit notamment augmente sous l'action des écarts de régime ou d'une vie irrégulière.

Nous ne voulons certainement pas dire que, par un régime sévère, par une hygiène très régulière on arriverait à écarter presque complètement les exacerbations et les rechutes, ainsi que le croient les malades dont nous avons si souvent à subir l'étonnement naïf : Personne, disent-ils, n'a une vie plus réglée qu'eux; mais il est certain que les veilles habituelles et prolongées, les excès alcooliques, favorisent singulièrement leur retour. L'abus de l'alcool aggrave les lésions eczémateuses, c'est là pour nous aujourd'hui un fait incontestable. Il n'y a rien d'exclusif à l'eczéma; presque toutes les lésions cutanées sont dans le même cas : là, les syphilides elles-mêmes sont plus précoces, s'accusent d'une manière plus grave, les ulcérations deviennent plus profondes, la marche de la maladie se présente plus insidieuse et plus rebelle à toute intervention thérapeutique, lorsque le malade est adonné aux excès alcooliques.

Chez quelques sujets l'usage du vin et de toute boisson fermentée, du cidre, etc., doit être sévèrement interdit, et le régime de l'eau est quelquefois héroïque.

« J'ai connu, dit Lorry (p. 40), un homme très robuste dont la vie était sagement partagée entre les exercices de l'esprit et ceux du corps ;

remèdes et toutes ces médications n'ont qu'un effet reconstituant dirigé peut-être contre la disposition aux récidives tenant à l'état général, effet qui ne peut agir que peu à peu. Pour la guérison directe de l'eczéma, ils sont aussi inefficaces que toute l'armée des antipsoriques vantés autrefois ou que l'ergotine de nouveau recommandée dans ces derniers temps par Lewin.

---

des herpès prurigineux (lisez eczémas) à la face et aux membres le tourmentaient et l'inquiétaient, jour et nuit, d'une façon lamentable. Comme je savais qu'il usait modérément d'un vin généreux, j'estime qu'il fut guéri par la simple substitution d'un vin léger et ténu à celui dont il se servait. J'en ai vu un autre qui se délivra entièrement d'affections de ce genre par l'usage de l'eau. »

Aussi ne saurions-nous trop insister sur l'utilité d'un régime régulier, d'une hygiène convenable chez tous les malades atteints d'affections cutanées en général et d'eczéma en particulier.

En résumé, comme l'a dit avec beaucoup de raison l'un des représentants les plus autorisés de la dermatologie américaine, Duncan-Bulkley, la diète et l'hygiène représentent une large part des éléments de l'existence humaine, et sont souvent, ou plutôt toujours, plus puissants pour la santé ou la maladie que les remèdes; et ce qui est vrai de l'organisme en général est éminemment vrai par rapport à la plus grande surface de réaction du corps, c'est-à-dire la peau.

Ces principes posés, et pour qu'il ne subsiste aucun malentendu, il faut ajouter qu'ils ne s'appliquent ni à tous les eczémas, ni à tous les eczémateux, et qu'ils comportent des *exceptions* nombreuses, basées sur l'eczémateux et sur l'eczéma.

1° *Sur l'eczémateux :* La règle diététique ne saurait être uniforme pour tous les pays ni pour toutes les races, et, dans un même pays et dans une même race, pour toutes les catégories sociales, ni pour toutes les aptitudes individuelles.

C'est sur l'application de ces conditions, et non sur une formule invariable, que le médecin devra se baser pour faire des restrictions et des interdictions, ou, au contraire, pour accorder la liberté du régime.

2° *Sur l'eczéma :* Il n'est pas besoin de dire que les dermites eczémateuses spéciales de cause externe, qui guérissent à merveille par les agents externes, celles pour lesquelles Malcolm Morris — *Harveian Soc. of London*, 1889 — réclame si justement la dénomination de « *local eczémas* », et qui dépassent en nombre les eczémas dits de cause générale, ne réclament de diète spéciale, et même de traitement interne, que si le sujet est un *intolérant* déclaré pour les substances alimentaires réputées irritantes pour la peau.

Il demeure donc entendu que l'hygiène générale et spéciale, la diète des eczémateux, ne seront jamais réglées systématiquement, et que, tout en faisant sévèrement les interdictions légitimes, le médecin ne les fera qu'à bon escient, et seulement quand elles sont vraiment nécessaires.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

PRURIGO

Prurigo caractéristique. — Prurigo agria. — Prurigo mitis.

Suivant en cela des exemples antérieurs, beaucoup de médecins emploient encore actuellement le nom de prurigo comme synonyme de prurit ou démangeaison de la peau, et comprennent sous cette dénomination des affections cutanées tout à fait différentes les unes des autres, s'accompagnant ou non de papules, mais qui n'ont de commun que le symptôme démangeaison. C'est ainsi qu'il est question de prurigo pédiculaire, prurigo sénile, local, etc.

Mais l'emploi banal du terme de prurigo n'est plus permis aujourd'hui, depuis que Hebra en a fait l'application à un processus pathologique différencié par des caractères très tranchés des autres maladies de la peau qui s'accompagnent de démangeaisons, et dans lequel on doit reconnaître une affection d'un genre spécial (1), et je ne puis le

---

(1) Personne, plus que nous, n'a reconnu la vérité de la création du prurigo de Hebra ; et nous ne croyons pas que personne ait plus ardemment poursuivi la démonstration de la nécessité d'adopter la réforme imposée par le chef illustre de l'école de Vienne. Cela posé, nous conservons toute notre liberté pour présenter les objections de détail qu'il est nécessaire d'introduire.

Et tout d'abord, Hebra eût été mieux inspiré en désignant la maladie nouvelle sous un nom nouveau, quel qu'il fût ; c'est toujours chose hasardée que de déclasser une appellation pour l'appliquer à une chose nouvelle et spéciale, alors surtout que cette appellation, comme dans le cas actuel, est un véritable comble de banalité.

Pour nous, nous n'avons trouvé qu'un seul moyen de sortir *véritablement* d'embarras, sans rien sacrifier de ce qui doit être respecté : Nous appelons l'affection ici décrite sous le nom de *prurigo de Hebra*, et nous avons la confiance de croire que notre proposition sera adoptée par les dermatologistes. Quant à rayer d'un trait de plume la qualification de prurigo de toutes les autres parties de la dermatopathologie, nous n'y saurions consentir. Quoi qu'en disent l'illustre Hebra et notre éminent auteur, il y a un prurigo pédiculaire, un prurigo sénile, un prurigo de la vulve, du scrotum et de l'anus, et jamais les médecins ne se soumettront par décret à supprimer ces expressions de leur vocabulaire. Nous nous déclarerions, pour notre part, satisfaits amplement si les médecins consentaient seulement à ne jamais employer le mot

trouver mieux justifié quand on a opposé au prurigo de Hebra l'eczéma papuleux ou d'autres dermatoses papuleuses (telles que des dermatoses prurigineuses ou des espèces de prurigo), et cela non en raison d'exigences de la pathologie, mais uniquement pour éviter la continuation d'anciennes erreurs sous une nouvelle forme.

Le prurigo est une maladie indépendante (1) qui n'a aucun rapport

---

prurigo sans qualificatif. « Prurigo, sans qualificatif, veut dire simplement et exactement affection prurigineuse, dans laquelle les lésions cutanées sont essentiellement ou en grande partie le *résultat* des irritations mécaniques produites par le grattage qu'entraîne l'irritation provoquée (du dehors en dedans) dans le système nerveux tégumentaire. Lorsque nous aurons dit, selon les cas, prurigo de Hebra, prurigo des vieillards, prurigo pédiculaire, prurigo partiel, etc., nous aurons satisfait à toutes les nécessités actuelles de la science et de la pratique, si nous appliquons exactement ces dénominations à ce à quoi elles conviennent et non à autre chose. Il n'a pas été très difficile de substituer, dans le langage médical, les termes de *prurit* sénile, prurit vulvaire, etc., aux mots de *prurigo* sénile, prurigo vulvaire, etc., mais le terme de *prurigo pédiculaire* reste usuel. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Nul doute : La maladie que HEBRA a séparée du groupe confus dans lequel elle était égarée est une maladie propre, parfaitement individualisée, et qu'il y a, en pratique, un intérêt de premier ordre à signaler en termes précis. Nous avons pris soin de nous exprimer clairement à cet égard dans les notes de la première édition de cette traduction, et, pour éviter toute confusion avec divers autres états pathologiques déjà étiquetés sous le nom de « prurigo », nous avons proposé la dénomination de *Prurigo* de HEBRA.

Il nous serait agréable de dire que notre proposition a été acceptée par tous nos compatriotes comme elle méritait de l'être; mais nous devons déclarer que quelques-uns de nos savants collègues n'y ont pas souscrit et ont maintenu le prurigo de Hebra dans le *genre* Lichen.

Cette dissidence est restée partielle; la presque totalité des dermatologistes de tous les pays a reconnu comme nous, et proclamé, l'utilité et le bien fondé de la réforme de Hebra, qui a eu le mérite de mettre en pleine lumière une maladie qui n'était que partiellement connue, incomplètement décrite et littéralement perdue dans le dédale inextricable des « *lichens* » anciens.

A aucun titre, le prurigo de Hebra n'est un « lichen » ; c'est une maladie spéciale à lésions multiples, pour laquelle nous maintenons la dénomination que nous avons proposée.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

avec d'autres dermatoses. C'est en réalité une maladie qui apparaît dans la plus tendre enfance (1) et se prolonge d'ordinaire pendant toute la vie (2). Dans cette affection, on voit se développer, sous forme d'éruptions qui se reproduisent d'une façon chronique, de petites papules épidermiques dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une tête d'épingle, pâles ou rouge pâle, dures et donnant lieu à une violente démangeaison ; ces papules sont disséminées sur tout le corps, mais plutôt localisées sur le côté d'extension des membres, tandis que la peau du côté de la flexion des articulations en est régulièrement exempte (3).

Les symptômes du prurigo se complètent encore davantage par les phénomènes qui succèdent aux éruptions que nous avons signalées, ainsi que par les particularités du développement et de la marche de la maladie.

Les symptômes du prurigo n'existent pas chez l'enfant nouveau-né; cette maladie ne commence que du huitième au douzième mois de la vie, et tout d'abord elle ne présente pas le tableau caractéristique qui existe plus tard. Elle apparaît alors sous forme d'une urticaire (4), qui persiste

---

(1) Cette règle a des exceptions; le prurigo le plus typique peut apparaître ou se démasquer seulement dans la seconde enfance, et même dans la jeunesse. E. B. — A. D.

(2) Ici, heureusement, les exceptions sont nombreuses. E. B. — A. D.

(3) Quelques observateurs, qui ne se sont pas bien pénétrés des termes de l'auteur, récusent quelquefois des prurigos avérés, sous le prétexte qu'il y a des lésions *ailleurs* que sur le côté de l'extension; mais cela n'a jamais été contesté. Il s'agit ici de prédominances et de localisations typiques qu'il faut mettre en relief dans une description classique, et qui conservent toute leur valeur clinique en dépit des aberrations de lieu, et même des paratypes, dont le prurigo n'est pas plus exempt qu'aucune affection cutanée. E. B. — A. D.

(4) L'élément ortié est si manifeste dans le *prélude* du prurigo de Hebra, et il reparaît encore si souvent pendant les crises, que l'on a pu être amené à considérer la maladie comme une espèce d'urticaire — G. Riehl, Ueber die patholog. Bedeut. der Prurigo, *in Viert. f. Dermat. und Syph.*, 1884, p. 44; anal. franç. p. Doyon, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. VI, 1885, p. 25.

Cette opinion n'est pas fondée. L'urticaire et le Pr. de Hebra sont deux maladies *différentes* qui peuvent être associées sans que l'on doive, pour cela, les confondre. On trouve l'urticaire — nous l'avons déjà dit plus haut, p. 418, note 1 — comme phénomène *prémonitoire*, *prodromique* ou *concomitant* dans un grand nombre d'états morbides aigus ou chroniques, sans qu'il vienne l'idée à personne de les identifier

jusque dans la seconde année de la vie, avec les alternatives qui lui sont particulières de plaques blanches, de démangeaison, d'insomnie et d'excoriations. Seulement, vers la fin de la première année ou au commencement de la seconde, en outre des plaques blanches, il survient de petites papules, et l'affection se manifeste d'une façon tout à fait appréciable, en se localisant principalement sur la face antérieure des jambes et des cuisses, sur le bassin, les régions fessières et le côté de l'extension des membres supérieurs. Ces papules sont peu proéminentes, souvent elles ne sont perceptibles qu'au moyen du toucher; elles sont pâles ou rouges, causent une vive démangeaison et deviennent plus saillantes par le fait du grattage, qui en même temps les blesse et les excorie. La gouttelette de sérosité et de sang qui en sort se dessèche promptement en une croûtelle brune, qui couronne le sommet de la papule et est encore adhérente, même après que celle-ci s'est affaissée par le fait de la résorption de l'exsudat qui lui avait donné naissance.

A ces phénomènes s'ajoutent maintenant les symptômes ultérieurs que détermine le grattage violent auquel se livrent les malades, c'est-à-dire des excoriations sous forme de stries et de petites croûtes de sang, des pustules et des pertes de substance profondes, une pigmentation brune diffuse ou en forme de raies, l'arrachement des poils follets, l'œdème et l'épaississement de la peau des jambes, l'engorgement

---

pour cela. On ne peut pas davantage dire que le prurigo de Hebra est la *transformation*, la dégénérescence d'une urticaire. Même en admettant — ce qui n'est pas — qu'il y ait une transmutation d'une espèce morbide en une autre, le prurigo de HEBRA, arrivé à son développement complet, diffère essentiellement de l'urticaire chronique par tous ses caractères propres, qu'il n'est pas besoin de rééditer ici.

Bien qu'on ait pu l'interpréter dans le sens de la proposition de RIEUL, la dissertation très intéressante de COMBY à la Société médicale des Hôpitaux — Voy. J. COMBY, De l'urticaire des enfants (formes, pathogénie, évolution), *Bulletins et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1889, p. 437 — ne conclut pas absolument de même. Ce que COMBY a voulu dire, c'est qu'il considérait l'urticaire comme conduisant au prurigo de HEBRA, et devant être considérée, quand on l'observe dans la première enfance, comme l'avant-coureur du prurigo. Dans ces termes, nous acceptons la proposition, avec cette réserve que tout enfant de six à vingt-quatre mois, chez qui on observe de l'urticaire, pourra avoir ensuite le prurigo, mais que cette issue peut ne pas être observée. Si l'on ajoute à cela — voy. plus loin, p. 728, note 2 — les observations récentes de LELOIR et TAVERNIER sur l'anatomie du prurigo de HEBRA, on conviendra qu'il est superflu de disserter plus longuement, pour établir les différenciations entre le prurigo de HEBRA et l'urticaire, et l'indépendance essentielle des deux affections.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

des ganglions inguinaux et les phénomènes de l'eczéma à tous les degrés.

Avec la fin de la seconde année ou au commencement de la troisième, la physionomie pathologique du prurigo s'est complétée dans sa forme typique.

Ce qui frappe d'abord au premier coup d'œil que l'on jette sur un malade entièrement découvert, c'est que les lésions morbides, efflorescences, pigmentation, excoriations, etc., affectent au degré le plus élevé le côté de l'extension des membres, et qu'elles vont en augmentant des bras aux jambes, de sorte que c'est sur les bras que la peau est le moins malade, et sur les jambes qu'elle l'est le plus.

C'est sur les membres inférieurs que l'on trouve le plus grand nombre de papules, la plupart écorchées et couvertes d'une croûtelle sanguine, ainsi que de nombreuses pustules et excoriations. L'épiderme présente une pigmentation brun foncé et s'exfolie, sous l'ongle qui le gratte, en une poussière fine comme de la farine. Si l'on frotte doucement avec la paume de la main la peau de la cuisse en descendant vers la jambe, on éprouve la sensation manifeste que, suivant la même direction, la peau devient plus rugueuse, plus sèche et plus épaisse. Les lignes et les sillons de la région du genou sont considérablement développés. Si l'on saisit entre les doigts la peau de la face antérieure des cuisses, on reconnaît qu'elle a une épaisseur anormale. Aux jambes, dans les cas où le prurigo est intense, c'est à peine si on peut soulever un pli de la peau, tant elle est épaisse et tendue. Les poils follets sont inégalement arrachés par suite du grattage.

Les lésions se prolongent même sur le dos du pied, mais à un moindre degré. Sur le tronc, on trouve souvent encore un assez grand nombre de papules et d'excoriations, qui sont disséminées çà et là; on en rencontre moins sur les joues, sur le cou et sur le front; dans ces régions, il se développe le plus souvent un eczéma squameux.

Au contraire, au creux du jarret et au pli du coude, dans le creux de l'aisselle et dans le pli de l'aine, la peau est toujours blanche, lisse, humide et exempte de prurigo. Les ganglions lymphatiques hypertrophiés, formant des nodosités saillantes dans la région inguinale, complètent le tableau caractéristique de la maladie.

D'après les observations que nous possédons actuellement, à partir de ce moment la maladie persiste jusque dans l'âge mûr et même jusque dans la vieillesse (1), en conservant complètement le type primitif. On

(1) On trouve quelques cas de prurigo persévérant depuis l'enfance, chez des vieillards; nous en avons montré plusieurs exemples. Mais,

peut placer un enfant de trois ans atteint de prurigo à côté d'un homme de cinquante ans atteint de la même affection, et l'on sera forcé de reconnaître que la physionomie de la maladie du premier n'est qu'une copie rajeunie de celle du dernier.

Mais dans cette affection qui évolue pendant toute la durée de la vie, l'état change bien des fois, sous le rapport de l'intensité et des symptômes. Ainsi, en général, l'éruption et la démangeaison diminuent pendant les mois chauds de l'été, il survient même un peu de transpiration sur la peau des régions envahies par le prurigo; puis la maladie se reproduit et augmente en hiver (1). Les soins de propreté bien entendus et constants exercent une influence favorable incontestable sur le degré de la maladie. Au contraire, quand on néglige complètement ces soins et le traitement, on voit s'aggraver les symptômes ainsi que les conséquences et les complications des phénomènes exsudatifs et des lésions mécaniques que supporte le tégument. A cette série de conditions se rattachent la pigmentation, qui peut aller parfois jusqu'au brun noir (melasma), et l'épaississement du derme; sur les jambes, la peau finit par être tendue, lisse ou rugueuse, à peu près comme du tissu cicatriciel, et elle ne peut plus se plisser. En outre, un eczéma croûteux recouvre le plus souvent les parties atteintes de prurigo; et, de plus, comme dans toutes les maladies de peau accompagnées de démangeaisons, cet eczéma peut aussi s'établir sur le côté de la flexion des articulations et sur la face, que le prurigo n'envahit pas, ainsi que sur le cuir chevelu, dont les cheveux deviennent poussiéreux, ternes, grêles et finissent par tomber. On peut enfin rencontrer la lymphangite et, complication plus rare, la suppuration des ganglions de l'aine.

Au point de vue pratique, il est important de distinguer deux degrés dans la maladie en question.

L'une, la forme la plus grave, le prurigo *agria* ou *ferox* (Hebra), est celle dont je viens de donner la description.

---

d'une part, nous avons des faits certains de prurigo *éteints* avant l'âge adulte; et, de l'autre, à moins de supposer que presque aucun des sujets atteints de prurigo dès l'enfance n'a de longue survie, il est aisé de constater que le prurigo devient une maladie rare chez l'adulte et chez le vieillard.

E. B. — A. D.

(1) Telle est, en effet, la règle ordinaire; mais on trouve assez souvent des cas renversés, dans lesquels l'été est la saison mauvaise, et des cas indifférents, dans lesquels l'action saisonnière est peu marquée ou nulle.

E. B. — A. D.

L'autre forme, le prurigo *mitis*, a absolument le même type que la première, mais elle est beaucoup plus bénigne, soit parce que, d'une manière générale, le nombre des papules, la fréquence des éruptions et l'intensité de la démangeaison sont très peu considérables, et que, par suite, les altérations qui relèvent de cette forme de prurigo ou qui la compliquent sont naturellement beaucoup moindres; soit parce que les membres inférieurs (pour les bras cela est tout à fait exceptionnel) en sont seuls atteints (prurigo partiel).

Sous ce point de vue, les deux formes du prurigo restent distinctes : le prurigo bénin d'un enfant de trois ans n'augmente pas avec les années, au point de devenir du prurigo intense. Dans ce dernier cas, le caractère grave de la maladie existait déjà primitivement, et il persiste ensuite, de façon qu'un enfant de cinq ans atteint de prurigo agria présente déjà sur la peau des jambes des lésions d'un degré beaucoup plus élevé qu'un individu de quarante ans, qui n'est atteint que de prurigo mitis.

Cette distinction a une importance spéciale au point de vue du pronostic du prurigo, car, pour la forme grave et même pour les cas modérés observés chez les adultes, l'expression employée par Hebra est toujours vraie : « Cette affection est incurable. » C'est dans la première enfance seulement que le prurigo mitis peut être complètement guéri par des soins constants et bien entendus surtout, et que le prurigo agria peut, pour les années ultérieures, être suffisamment amendé et assez bien maintenu dans cet état d'amélioration, pour que le malade se suppose de temps à autre débarrassé de son affection.

Abandonné à lui-même, le prurigo constitue une maladie grave et qui exerce une grande influence sur la vie physique et morale. Non seulement les accidents locaux détériorent l'état physique du malade par suite des déperditions, de l'épuisement nerveux et des insomnies auxquels il donne lieu, — le sujet atteint de prurigo est généralement pâle et amaigri, — mais encore la vie tout entière d'un individu aussi cruellement atteint est depuis le berceau marquée pour le malheur. Enfant, il donnait beaucoup de mal et de soucis aux personnes chargées de le soigner; souvent empêché par son état de santé de s'appliquer à ses leçons et à son travail, évité, repoussé par ses camarades d'école et de chambre parce qu'il se gratte constamment, l'individu atteint de prurigo arrive rarement à une instruction qui lui permette d'occuper dans la vie une position stable dans un certain rang. Il n'y a guère que les gens riches qui puissent par des soins assidus corriger suffisamment cette infortune pour échapper à cette exclusion de la société. Le prurigo ne rend certainement pas les gens impropres à la vie conjugale, mais ils ne sont cependant guère en

état de se marier, et ils sont « impropres au service militaire (1) ».

En raison des symptômes si prononcés du prurigo, il n'est guère possible que le diagnostic de cette affection donne lieu à des erreurs. Aspect de la peau brune, couverte de papules et de petites croûtes punctiformes, déchirée par le grattage, sèche, épaissie, intensité croissante de ces modifications à mesure que l'on descend vers les jambes, en connexion avec l'engorgement des ganglions inguinaux, tandis que, au contraire, la peau est saine, blanche, exempte d'excoriations dans le triangle crural et au creux du jarret... tous ces traits sont tellement caractéristiques, que l'on ne peut confondre cette affection avec une autre.

Le prurigo est difficile à diagnostiquer à l'époque de la première éruption, lorsque c'est l'urticaire qui domine. D'un autre côté, on peut le méconnaître, lorsque l'eczéma est tellement prononcé que les croûtes masquent les symptômes propres et que même les parties de peau épargnées par le prurigo, comme le côté de la flexion des articulations, sont envahies par l'eczéma.

Dans l'ichthyose nacrée, on trouve aussi, exactement sur les points qui sont le siège habituel du prurigo, par conséquent sur le côté de l'extension des membres, la peau sèche avec son épiderme en desquamation, tandis que le tégument du côté de la flexion des articulations est normal. Mais les autres symptômes caractéristiques du prurigo manquent dans l'ichthyose, à savoir les papules, la pigmentation et l'épaississement de la peau, bien qu'il existe même un eczéma modéré.

Dans toutes les dermatoses qui s'accompagnent d'une vive démangeaison, spécialement dans les maladies chroniques, gale, excoriations consécutives à la présence des poux de corps, urticaire chronique, prurit cutané, sénile, il survient des pigmentations, des papules, des pustules et de l'eczéma. Mais ces lésions ne présentent jamais la localisation typique du prurigo et, en outre, en raison des caractères particuliers qu'offrent ces affections, c'est à celles-ci que l'on doit rapporter l'origine de ces divers accidents.

Si l'on considère les résultats des recherches anatomiques entreprises par Simon, Hebra, Derby, Neumann, Gay et par moi-même, et que l'on espère y trouver une explication particulière des symptômes du prurigo, on reconnaît bientôt que l'on s'est complètement trompé dans ses espérances. En effet, on ne trouve rien de plus dans la région des papules

(1) Tout cela, nous le reconnaissons, est merveilleusement exact; mais la lettre en doit être appliquée seulement aux formes graves du prurigo de Hebra, lesquelles, à ce degré, sont exceptionnelles, au moins dans le rayon de notre observation française. E. B. — A. D.

qu'une infiltration modérée des papilles et une imbibition séreuse de celles-ci, lesquelles existent également dans le réseau de Malpighi, absolument comme dans les altérations de l'eczéma papuleux. Au contraire, dans les points qui ont été pendant de nombreuses années le siège d'un prurigo intense, on constate les mêmes phénomènes que dans toute dermatite chronique, par conséquent aussi dans l'eczéma chronique, à savoir : épaississement, prolifération dans les couches du réseau muqueux, dépôts de pigment disséminés dans le chorion, pénétration abondante de cellules dans ce dernier, surtout autour des vaisseaux, çà et là dilatation des vaisseaux lymphatiques et de quelques glandes sudoripares, par suite de la prolifération de leur revêtement cellulaire. On reconnaît enfin, en certains endroits, la déformation des follicules par les végétations qui se produisent sur les gaines de la racine du poil, l'hypertrophie des muscles redresseurs des poils ; et, dans les formes anciennes, la dégénérescence atrophique des follicules et des glandes sébacées. En aucun cas, ces divers états anatomiques ne peuvent expliquer ni la démangeaison violente, ni la localisation particulière de la maladie, non plus que la maladie elle-même.

Relativement aux fines modifications anatomiques qui doivent et déterminer la papule récente de prurigo et la caractériser anatomiquement, Auspitz et, après lui, Caspary ont, dans ces derniers temps, émis l'opinion qu'une prolifération du réseau, sans participation inflammatoire des vaisseaux papillaires, constitue la papule; Riehl, au contraire, insiste sur le rôle des processus inflammatoires dans la couche papillaire, attribuant à ces processus et à leurs conséquences histologiques une très grande similitude non avec l'eczéma papuleux, mais avec le pomphus de l'urticaire.

Riehl considère aussi le processus morbide du prurigo comme analogue à celui de l'urticaire, surtout en ce qui concerne le fait que j'ai le premier fait remarquer que la maladie prurigo commence sous l'aspect de l'urticaire, sans cependant oublier que ceci n'explique en rien la particularité, la localisation spéciale, la ténacité, etc., de la maladie. Auspitz est d'avis que les papules de prurigo sont des formes de prolifération (hyperakantose); mais cette hypothèse ne lui paraît pas suffisante pour expliquer la genèse de cette affection, car il exigeait encore la présence des papules du lichen pilaire correspondant aux papules de prurigo et, de plus, pour justifier l'existence de ces papules de lichen et du prurit, il lui fallait encore la coïncidence d'une névrose de la motilité, sous forme d'un spasme des muscles érecteurs et d'une névrose de la sensibilité, prurit. A ces théories insoutenables, Riehl et Caspary ont opposé leurs doutes bien justifiés.

L'opinion de Leloir sur les dégénérescences des ramifications termi-

nales des nerfs du corps papillaire dans le prurigo n'a pas non plus l'importance étiologique que leur a attribuée son auteur (1), depuis que Sigm. Mayer a démontré que ces modifications n'ont rien d'anormal. Aussi les papules que j'ai décrites restent, jusqu'à présent, la base anatomique essentielle de la maladie.

Or, quoique Caspary désigne ces papules sous le nom de papules épidermiques, Riehl sous celui d'urticaire, tandis que je les tiens pour analogues aux papules de l'eczéma papuleux et, par conséquent, produites par des processus inflammatoires du tissu papillaire, je crois pourtant que, avec le temps, on verra que ces opinions ne diffèrent pas essentiellement entre elles. Car chaque papule de l'eczéma papuleux ne consiste, à une certaine période, c'est-à-dire après la disparition de la dilatation des vaisseaux et l'absorption de l'exsudat, qu'en cellules proliférées du réseau ; et je ne peux me résoudre à regarder, comme le fait Riehl, les papules de prurigo comme de l'urticaire proprement dite. Car elles ont toujours une circonférence très minime, elles ne grossissent jamais et persistent à cet état beaucoup plus longtemps qu'un pomphus(2).

Mais enfin il est essentiel et important, pour la constitution de la maladie prurigo, que des papules de ce genre apparaissent d'une ma-

---

(1) L'opinion prêtée à Leloir par l'auteur n'a pas été formulée par lui ; il a, au contraire, déclaré que les nerfs cutanés lui ont toujours paru sains. E. B. — A. D.

(2) Bien qu'elles soient en quelque sorte négatives, les conclusions des recherches récentes de Leloir — Voy. Leloir et A. Tavernier, Note sur l'anat. path. et la nature de la lésion élémentaire de l'affection désignée sous le nom de « Prurigo de Hebra », *in Annales de Dermatologie*, 2e série, t. X, 1889, p. 613 — établissent formellement l'*individualité* de ce prurigo de Hebra, et sa distinction d'avec l'eczéma, le lichen, etc. Voici ces conclusions :

« La lésion élémentaire du prurigo de Hebra n'est ni une vésicule d'eczéma papulo-vésiculeux ou autre, ni une phlyctène, ni un nodule de prolifération épithéliale du corps de Malpighi, ni un produit d'exsudation venant de la couche papillaire, ni une papule de lichen, ni un pomphus d'urticaire, ni un élément du prurigo parasitaire, par exemple. — Qu'est-ce donc alors? Une sorte de cavité kystique, se développant dans l'intérieur du corps de Malpighi, augmentant de volume, ayant toujours pour voûte supérieure le corps de Malpighi ou la couche cornée dans son intégrité totale, et pour parois inférieures et latérales le corps de Malpighi, tendant à se kératiniser à la surface dans les lésions les plus anciennes. Ajoutons à cela que cette sorte de kyste renferme un liquide clair, quelques cellules épithéliales altérées, quelques rares globules blancs. Notons en terminant qu'il semble exister parfois une relation entre la formation de ce kyste et le conduit excréteur des glandes sudoripares. » E. B. — A. D.

nière constante, qu'elles se fixent toujours sur les régions ci-dessus indiquées, — la surface d'extension des membres inférieurs où leur intensité et leur nombre sont accrus vers les parties inférieures — et que le processus ait débuté à peu près entre la première et la deuxième année de la vie.

Toute autre maladie prurigineuse, même se présentant avec des papules semblables et occupant, ne fût-ce que d'une manière passagère, la même localisation, n'est pas du prurigo, mais de l'eczéma papuleux. Et lorsque, par exemple, G. Behrend a vu survenir du prurigo chez des enfants de cinq ans après la scarlatine et croit, par conséquent, que la maladie peut aussi naître dans des années ultérieures sous l'influence d'un mauvais état du sang, il m'est impossible de me ranger à son opinion. Ces enfants avaient certainement eu auparavant du prurigo (1).

Il est probable que la sensation de prurit déterminée par chaque papule provient de l'irritation que la quantité, même minime, de produit d'inflammation (sérum) qui arrive brusquement dans chaque efflorescence exerce sur les nerfs des papilles (Hebra) (2). Mais il reste toujours inexpliqué pourquoi des exsudations circonscrites plus considérables ou seulement analogues, comme celles de l'herpès ou de l'érythème papuleux, ne provoquent pas une démangeaison aussi vive ; pourquoi, dans le prurigo, les papules se renouvellent avec tant de ténacité et se localisent d'une façon aussi particulière? Nous ne pouvons pas considérer le prurigo comme une simple névrose, comme le prurit

---

(1) C'est là un point à débattre : nous rappelons que nous avons observé des cas de prurigo anciens, non passagers, non assimilables aux eczémas papuleux, qui avaient *débuté* dans la seconde enfance. L'auteur, avec juste raison, ne conteste pas le diagnostic d'un dermatologiste aussi expérimenté, aussi autorisé et aussi réservé que Behrend, mais il suppose que les enfants, qui étaient atteints du prurigo de Hebra après la scarlatine en présentaient déjà antérieurement le germe ; c'est là une question de fait qui ne peut être résolue que par des observations nouvelles. Mais il n'y a aucune raison pour que le prurigo de Hebra ne puisse pas naître dans la seconde enfance, et une scarlatine pourrait parfaitement être l'agent provocateur de son développement, quelle que soit, d'ailleurs, l'interprétation théorique du fait.

E. B. — A. D.

(2) Voy. sur ce point, et sur plusieurs autres de l'histoire du prurigo, les *notes* que nous avons ajoutées à l'analyse française du travail de J. Caspary — Ueber Prurigo, *in Viertel. f. Dermat. und Syph.*, 1884, p. 314 ; anal. française, annotée par E. Besnier et A. Doyon, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. VI, 1885, p. 289.

E. B. — A. D.

cutané, puisque nous sommes en présence de modifications de la peau parfaitement visibles, qui correspondent entièrement aux phénomènes pathologiques et qui constituent la nature de la maladie. Car il est certain que tous les symptômes sont proportionnés à l'augmentation et à la diminution de l'éruption papuleuse.

Mais, d'autre part, nous savons une maladie de la peau très prurigineuse, se manifestant comme une véritable névrose, le prurit cutané, dans laquelle, même avec une durée de plusieurs années, outre les effets du grattage momentanément provoqués et se guérissant rapidement, il ne survient sur la peau aucunes modifications anatomiques, et surtout pas de celles correspondant à l'inflammation, qui est strictement localisée, ou aux efflorescences, de sorte que, même à ce point de vue, le prurigo est exclu des névroses proprement dites.

Relativement aux causes du prurigo, tout au plus pouvons-nous admettre certaines conditions générales sous l'influence desquelles d'ordinaire le prurigo se développe plus fréquemment. Il n'est pas douteux, par exemple, que le prurigo se rencontre beaucoup plus souvent dans les classes pauvres que dans les familles riches ; on ne peut pas nier cependant qu'on l'observe aussi chez des enfants appartenant aux couches les plus élevées de la société.

D'un autre côté, ce sont souvent des enfants faibles, mal nourris, auxquels les soins matériels font défaut, et même des enfants scrofuleux et au ventre très développé, chez lesquels le prurigo se manifeste; cependant, il n'est pas rare de le rencontrer chez des enfants parfaitement nourris, et l'on ne doit pas oublier aussi que le prurigo lui-même, lorsqu'il dure depuis un certain temps, affaiblit considérablement les sujets qui en sont atteints (1).

Quant à la localisation spéciale du prurigo sur la surface d'extension

---

(1) La condition défectueuse de l'alimentation a été incriminée avec insistance par J. Comby, *loc. sup. cit.*, comme produisant l'urticaire et ensuite le prurigo de Hebra; mais il y a tant d'enfants mal nourris qui n'ont ni urticaire ni prurigo, que le rapport peut toujours être contesté, surtout en présence des cas développés, comme le dit l'auteur, chez des enfants parfaitement nourris. En réalité, la pathogénie du prurigo de Hebra reste très obscure, et l'on chercherait en vain, dans l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens de jugement en ces matières, encore très bornés, une condition *univoque* à laquelle la maladie puisse être rapportée. Cependant, les ascendants sont rarement exempts de tare actuelle ou héréditaire; presque tous présentent, dans l'un des générateurs au moins, quelque trouble de la nutrition générale, un état dyscrasique ou une disposition particulière aux dermatoses; les israélites y sont très exposés, même dans leurs couches sociales les plus élevées; cette remarque ne s'applique pas seulement

des membres, il est possible que les conditions anatomiques congénitales agissent dans le même sens que pour la localisation semblable dans l'ichthyose. D'ailleurs, quand la maladie s'aggrave, les papules surviennent aussi sur le tronc et à la face.

Sous le rapport du sexe, le prurigo paraît être plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Dans certains cas, on peut considérer une disposition héréditaire comme étant la cause du prurigo, en raison de cette circonstance que cette maladie commence toujours dans le cours de la première ou de la seconde année de la vie. Aussi n'est-il pas rare de trouver dans une famille plusieurs frères et sœurs atteints de cette même affection. Il y a certainement beaucoup de vrai dans la remarque faite par Hebra que des mères tuberculeuses et, d'après ce que j'ai vu moi-même, des mères qui, pendant leur grossesse, étaient anémiques et souffraient de catarrhe chronique (sujet à des exacerbations) du sommet des poumons mettent au monde des enfants que le prurigo atteint plus tard.

On ne peut pas produire le prurigo artificiellement par des moyens externes; il n'est pas non plus contagieux. Enfin, nous avons constaté, d'après les nombreux cas que nous avons observés, que rien ne permet d'admettre que le prurigo puisse être transmis directement des parents aux enfants.

Dans le traitement du prurigo, c'est généralement le soufre, le goudron et le savon, et, d'après mes expériences les plus récentes, le naphtol, qui nous fournissent les moyens de combattre directement le prurit et les éruptions de papules. On emploie le soufre sous forme de savon sulfureux, de solution de sulfure de potasse ou de chaux, ou d'eaux thermales sulfureuses. Le goudron pur ou mélangé d'huile d'olive ou d'huile de foie de morue (huile de foie de morue et huile de bouleau, parties égales) est utilisé particulièrement contre le prurit. En outre, on se sert encore de toutes les pommades et graisses indifférentes connues, et l'on a recours à des bains préparés avec les combinaisons les plus variées de substances, soit contre les symptômes proprement dits du prurigo, soit contre l'eczéma qui l'accompagne.

La méthode de traitement est proportionnée à l'intensité de chaque cas; elle est douce et simple, ou énergique et compliquée.

---

au prurigo de Hebra, mais à toutes les dermatoses. Ce que nous tenons à préciser, c'est que toutes les dyscrasies, toutes les maladies constitutionnelles, dénommées ou classées dans les doctrines diverses, se trouvent représentées parmi les facteurs supposés du prurigo, mais qu'aucune ne peut être incriminée à titre exclusif.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Au début des symptômes du prurigo et dans les formes légères, alors que l'urticaire prédomine et qu'il y a seulement un petit nombre de papules, il suffit de laver convenablement le malade tous les jours avec du savon sulfureux ou avec du savon de goudron et de soufre, ou même de le recouvrir d'écume de savon, puis de le placer dans un bain pendant une heure, après quoi on le frotte d'huile de foie de morue (1), d'huile et de goudron, ou de graisse simple.

Dans les cas de prurigo intense, on fera usage de la solution de Vlemingkx en bains prolongés, d'après la méthode que nous avons exposée à propos du psoriasis.

Une série de dix à douze frictions avec la pommade de Wilkinson amène dans le prurigo agria une amélioration considérable, et en particulier supprime immédiatement la démangeaison et procure un bon sommeil. L'enveloppement avec la toile de caoutchouc donne également d'excellents résultats.

Il est facile de comprendre que l'on devra aussi appliquer, tantôt sur la totalité du corps, tantôt sur des points limités de la peau, d'autres remèdes que l'on a indiqués pour combattre le prurit modéré, la sécheresse de l'épiderme, ainsi que l'eczéma avec suintement; tels sont : l'acide phénique ou l'acide salicylique 1 sur 200 d'alcool, la pommade de zinc, l'onguent diachylon, la pommade boriquée (acide borique, glycérine, ââ 5, cire blanche, paraffine ââ 20, huile d'olive 50), etc.

Pour ce qui est des eaux thermales sulfureuses naturelles, leur emploi, comme celui des bains sulfureux artificiels, est extrêmement utile contre le prurigo, seulement il faut en faire un usage plus assidu qu'on ne le fait ordinairement dans les stations thermales (2).

---

(1) L'huile de morue, additionnée ou non de la petite quantité de naphtol qu'elle peut tenir en solution, est un excellent topique du prurigo; mais tous les sujets ne la tolèrent pas, et, sous toutes ses formes d'application, l'odeur qui lui est propre constitue un inconvénient très réel. E. B. — A. D.

(2) Ce que nous avons dit — note 1, page 730 — sur la banalité des conditions pathogéniques du prurigo de Hebra suffit pour faire préjuger que des cures hydrothermales multiples sont applicables à son traitement. — Pour la *lésion*, toutes les eaux sulfureuses ou autres, même les plus indifférentes, qui comportent la balnéation prolongée sont favorables. Pour la *maladie*, l'indication doit être déduite de l'état du sujet plutôt que de la lésion cutanée; on doit combattre, *en germe*, dans l'enfant, celle des tares dystrophiques qui apparaissent manifestes chez les générateurs, le lymphatisme, l'obésité, la prédisposition rhumatismale, la goutte, etc. ; et, dans ces cas, les eaux salines et sulfosalines, les eaux sulfureuses, alcalines, arsenicales, peuvent trouver leur très grande utilité d'application. E. B. — A. D.

Les bains de sublimé, 5 à 10 grammes pour un bain entier, les bains d'alun, de soude, 1,000 à 2,000 grammes pour un bain, les sels d'iode et de brome (Darkau, Hall), les bains salés, enfin les bains d'écorce de chêne, peuvent être employés avec avantage; cependant, en général, leur action n'est pas suffisante.

Depuis plusieurs années, j'ai traité par le naphtol tous les malades de la clinique, ainsi que ceux de ma pratique privée, atteints de prurigo et à n'importe quel degré de la maladie; j'ai, chez tous, obtenu des résultats extrêmement satisfaisants, puisque le prurit diminuait immédiatement et disparaissait bientôt; même les symptômes d'eczéma que l'on observe avec les meilleures méthodes anciennes de traitement cédaient dans la même proportion. La nouvelle médication n'a que l'avantage du bon marché, de la commodité et de la propreté, car des bains sont tout à fait superflus; le naphtol n'a pas de mauvaise odeur, les linges ne sont pas endommagés, et on peut l'employer commodément.

Voici quelle est la méthode de traitement : chaque soir, on fait une friction légère avec une pommade composée de naphtol 5, onguent émollient 100, sur la peau des membres, principalement sur leur face externe, puis on poudre par-dessus. Chez les enfants au-dessous de dix ans, je prescris une pommade de 1 à 2 p. 100. Toutefois, on peut encore tous les deux soirs faire un lavage dans le bain avec du savon de naphtol et de soufre. Je n'ai pas noté le plus léger accident et n'ai eu à recueillir de ce traitement qu'une satisfaction sans mélange.

Les méthodes locales de traitement seront continuées d'une manière ou d'une autre jusqu'à ce que la peau soit complètement lisse et souple, qu'il n'y ait plus de démangeaison, ni de nouvelles éruptions de papules. Alors on appliquera le traitement sous une forme modérée tous les deux ou trois jours, et l'on n'interrompra la cure que dans les cas où, après des mois entiers de soins et d'observation, on se sera bien assuré que la peau est entièrement revenue à l'état normal; on devra reprendre le traitement à nouveau aussitôt que l'on apercevra une recrudescence du prurigo (1).

---

(1) Nous pensons que les applications locales doivent, *au contraire*, être *continuées* avec la plus grande énergie, *longtemps* APRÈS la cessation complète des accidents cutanés appréciables. — Voyez plus loin la note 1 de la page 734. — Ce sont les *frictions* quotidiennes qui doivent être usitées, et non pas seulement les *emplâtres*, lesquels ne s'appliquent (dans la direction d'idées que nous poursuivons) qu'aux éléments localisés à de petites surfaces ou aux malades chez qui les circonstances ne permettent pas d'accorder à la cure prolongée, *intensive*, tout le développement que nous réclamons en principe.

E. B. — A. D.

Dans le traitement de cette maladie, il y a peu de chose à attendre de l'usage des médicaments internes. Dans quelques cas, cependant, j'ai observé une diminution non douteuse des symptômes du prurigo à la suite de l'administration de l'acide phénique à l'intérieur, à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour en pilules.

On peut également obtenir une amélioration passagère par des injections sous-cutanées de pilocarpine muriatique 0 gr. 02 par dose (O. Simon), ainsi que de l'emploi du sirop de jaborandi.

L'arsenic est complètement inefficace contre le prurigo; au contraire, l'huile de foie de morue à l'intérieur, pure ou avec addition d'iode (iode pur 0 gr. 1, huile de foie de morue 100 grammes), de phosphore (huile de foie de morue 30, phosphore pur 0 gr. 01, gomme arabique, sucre blanc, ââ 15 grammes, eau distillée 40 grammes, sirop simple 15 grammes, — Kassowitz), convient très bien chez les individus atteints de prurigo qui sont mal nourris, qui ont le teint blême et une constitution scrofuleuse; ainsi que des règles hygiéniques générales, par exemple des cures de lait, le séjour à la campagne pendant l'été, l'usage occasionnel de bains iodés, etc. (1).

---

(1) Si rien n'est plus facile, à l'aide des procédés les plus divers, que d'améliorer momentanément l'état de la peau dans le prurigo de Hébra, rien n'est plus fragile que l'amélioration obtenue par l'un ou l'autre de ces moyens.

Le traitement du prurigo comporte donc deux parties bien distinctes : le traitement de la *lésion* et celui de la *maladie*.

Sur le premier point, nous avons peu de chose à ajouter à tout ce qui a été dit, avec son autorité légitime, par le professeur Kaposi. Le plus habituellement, nous divisons la cure en cure de jour et cure de nuit; (*a*) pendant la nuit, usage des applications grasses, des onctions ou des emplâtres; (*b*) le matin, lavage à eau *chaude* et au *savon* simple ou médicamenteux; friction superficielle avec une flanelle aspergée d'un alcoolat aromatique; (*c*) puis, pendant le jour, protection de la peau par l'enveloppement de toile fine de caoutchouc, combinée avec le vêtement, suivant l'étendue ou le degré des altérations. Inutile de dire que si, au moment où l'on est appelé à soigner le malade, la peau est vivement irritée, en état d'eczéma suintant sur de grandes surfaces, c'est le traitement de cette complication par les moyens appropriés qui doit être mis en usage, jusqu'à ce que l'état moyen, revenu, permette le traitement ci-dessus indiqué; mais, si l'on veut obtenir quelque résultat satisfaisant, l'emploi du traitement doit être continué *rigoureusement pendant plusieurs mois après la cessation de la cure proprement* dite; c'est à cette persévérance dans la manutention curative externe que nous devons nos plus heureux résultats.

En dehors des cures hydrominérales, ou de certaines indications particulières, nous nous abstenons des bains chez tous les sujets qui sont lavés chaque matin à eau chaude et au savon; dans plusieurs cas, les

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Acné disséminée. — Acné vulgaire. — Acné artificielle. — Acné produite par le goudron, l'iode, le brome. — Acné rosée.

FOLLICULITES, FORMES DE L'ACNÉ.

Les formes pathologiques qui appartiennent à cette classe, acné disséminée, acné rosée et acné mentagre ou sycosis, représentent, grâce à certaines circonstances qui leur sont communes, telles que la localisation sur le visage, leur siège qui intéresse les glandes de la peau, etc..., un groupe morbide naturel; mais elles diffèrent entre elles par beaucoup de particularités qui en font des maladies distinctes (1).

---

bains laissés à la discrétion des malades ou de leurs parents nous ont semblé plus nuisibles qu'utiles.

Quant à la médication générale, nous reconnaissons qu'il n'y a pas un seul médicament connu qui, administré à l'intérieur, puisse *guérir* le prurigo de Hebra.

Mais nous affirmons énergiquement que les malades qui joignent, aux applications extérieures *longtemps poursuivies*, une *hygiène alimentaire sévère* et une médication interne *déterminée d'après l'état particulier de leur type pathologique*, ou dans la direction indiquée par l'état des ascendants, arrivent à des résultats très satisfaisants, même dans les cas intenses. Il y a, pour les enfants, le plus grand intérêt à ce qu'une médication énergique soit commencée de bonne heure, et poursuivie avec ténacité, même dans les intervalles des crises.

Parmi les médicaments internes, l'huile de morue employée *pendant la saison froide* est d'une utilité peu douteuse chez le plus grand nombre des jeunes sujets; pendant l'été, les amers, les alcalins, l'arsenic, peuvent être administrés avec grand bénéfice, à la condition d'en préciser l'indication et d'en diriger l'emploi sans aucune idée systématique, et toujours au prorata des conditions individuelles du sujet à traiter.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Théoriquement, il semble philosophique et naturel de réunir sous le terme générique d'ACNÉ toutes les altérations fonctionnelles ou matérielles du *système sébacé;* mais si l'on vient à examiner de près la part que prend la glande sébacée proprement dite dans la constitution des affections qui portent aujourd'hui le nom d'acné, on ne tarde pas à reconnaître que cette part est souvent accessoire, secondaire ou même nulle.

En réalité, quelques « acnés » sont tout à fait indépendantes de la glande sébacée; beaucoup ne sont que des folliculites *pilaires;* souvent le *périfollicule* — atmosphère épithéliale ou lamineuse du follicule sébacé ou sébacéopilaire — est atteint *primitivement*, et l'appareil folliculaire lui-même n'est envahi que de dehors en dedans. Alors même que

ACNÉ DISSÉMINÉE (1).

Elle consiste dans la production de nodosités du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, ou plus grosses, rouges, coniques ou demi-sphériques, douloureuses, qui portent à leur sommet une tête noire de comédon ou bien une pustule, ou qui contiennent du pus dans leur intérieur.

---

l'irritation a son foyer dans le follicule, elle demeure fréquemment limitée au canal sébacé ou sébacéopilaire, ne descend pas au-dessous de l'embouchure du diverticule et se propage à la partie périfolliculaire, sans atteindre directement la glande.

Si l'on ajoute que, dans plus d'une « acné », la nature parasitaire prime la notion de siège anatomique, on aura compris que, pour envisager ces affections à leur point réel, il est nécessaire de s'écarter un peu de la notion traditionnelle.

Nous préciserons les faits principaux de cette question au cours des notes annexées au texte courant, et, comme l'auteur n'a pas représenté tous les types aujourd'hui individualisés, nous donnerons le complément dans un *appendice* au cours de la vingt-huitième leçon, après le chapitre du sycosis. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Sous le titre peu compromettant d'acné « *disséminée* » ou d'acné vulgaire, l'auteur comprend plusieurs formes et variétés très logiquement réunies, mais sur lesquelles il y a lieu d'être un peu plus explicite au point de vue de la clarté. A ces formes et variétés, nous appliquons ou nous conservons les dénominations suivantes : *Acné simple; A. papuleuse; A. ponctuée* (*A. comédon*, avec périfolliculite ou péri-angiofolliculite); *A. pustuleuse*, superficielle et profonde; *A. phlegmoneuse; A. tuberculeuse* ou *A. indurée; A. sébacée kystique.*

Toutes ces acnés ont un caractère phlegmasique variable, mais commun, et l'on comprend que Leloir et Vidal, *loc. cit.*, les aient rangées dans l' « acné *inflammatoire* » avec d'autres formes que nous reportons plus loin. Mais, si nous reconnaissons la part que prend le processus inflammatoire vulgaire dans ces acnés, nous ne saurions consentir à faire cette part prépondérante et à baser sur elle une classification des acnés. Si les formes dermatologiques, réunies sous la rubrique d'*acné disséminée* ou vulgaire, forment en réalité un groupe naturel et pratique, ce n'est pas pour telle ou telle raison anatomique, mais bien en ce qu'elles peuvent se présenter toutes à la fois chez le même sujet et qu'elles peuvent se succéder régulièrement depuis la première jusqu'à la dernière dans l'évolution, allant, par exemple, de l'A. comédon ou de l'A. papuleuse jusqu'à l'A. kystique, en passant par tous les autres degrés. C'est-à-dire qu'il y a une raison directe et logique de réunir dans la description ce qui est associé dans la réalité. Nous ne croyons pas qu'il y ait rien de mieux à faire sur ce point, en ce moment, que de grouper les formes individualisées dans l'ordre indiqué naturellement par l'observation des faits, mais, en évitant toute classifica-

Par la pression, on donne issue au contenu de la nodosité, c'est-à-dire au comédon, au pus et à la matière sébacée, puis il s'écoule une certaine quantité de sang.

Il n'est pas difficile de reconnaître que chacune de ces nodosités correspond à une glande sébacée (1) et au tissu périglandulaire le plus immédiat, et qu'elle a été produite par l'inflammation. Le siège le plus habituel de l'acné disséminée est à la face, sur le sternum et sur le dos; on la rencontre beaucoup plus rarement sur d'autres parties du corps, notamment sur les membres, les cas exceptés où son développement est dû à des circonstances spéciales; on ne l'observe presque jamais (2), sur la paume de la main ou à la plante du pied.

L'acné vulgaire (Fuchs) se distingue par la physionomie particulière de l'ensemble de ses symptômes. Elle siège sur le front, les joues, le nez, le pavillon des oreilles, la nuque, le sternum et le dos, quelquefois aussi sur le bord des paupières et la conjonctive (Arlt). Ses formes sont celles que nous avons signalées au début de ce chapitre : des papules avec un comédon central, — *acné ponctuée*, ou contenant du pus, — *acné pustuleuse;* ou bien ce sont des nodosités rouges, dures, douloureuses, — *acné indurée ;* disséminées, — *acné disséminée*, ou semblables à des grains de froment ou d'orge, de forme oblongue, placées les unes à côté des autres, — *acné hordéolaire*. En même temps que ces nodosités, on trouve toujours un grand nombre de comédons, et la peau a un aspect gras et brillant (séborrhée huileuse).

Pendant la marche chronique de l'acné, qui se prolonge plusieurs mois et même plusieurs années, les symptômes locaux varient constamment, il est vrai; mais, dans son ensemble, la maladie conserve toujours au fond le même caractère. Il se produit constamment de nouvelles nodosités inflammatoires, des comédons et des pustules, pendant que les anciens abcès s'ouvrent et se dessèchent, laissant à leur place des cicatrices aplaties ou des macules passagères.

---

tion systématique et fermée, que l'état de la science dermatologique n'est pas actuellement en état de légitimer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le lecteur ne doit pas prendre ici le terme de « *glande sébacée* » au propre ni au sens précis; il doit lire : *a*) canal sébacéopilaire et atmosphère épidermique de ce canal — angiofolliculite ou péri-angiofolliculite épidermique; *b*) périfollicule conjonctif, ou gaine lamineuse du follicule sébacé, et derme ambiant — périfolliculite profonde, ou péri-adénite sébacée vraie. E. B. — A. D.

(2) Les follicules sébacés manquant en ces régions, il ne saurait y avoir d'acné proprement dite, mais des folliculites sudorales.

E. B. — A. D.

Quelquefois, il n'y a qu'un très petit nombre de boutons, mais parfois aussi il en existe chez un seul et même individu jusqu'à plusieurs centaines, à tous les degrés de développement. Par suite aussi, les malades en éprouvent une gêne et un ennui plus ou moins prolongés, ils en sont plus ou moins défigurés, et, d'une manière générale, la maladie est plus ou moins intense suivant le nombre des nodosités. Dans les cas où l'acné est confluente, le visage est gonflé, déformé, considérablement défiguré par la présence de nodosités rouges, fluctuantes ou dures, d'abcès, de comédons et de cicatrices.

A ces phénomènes locaux ordinaires s'ajoutent encore des tumeurs grosses comme un pois ou comme une noisette, formées par la dilatation kystiforme des glandes sébacées, épaissies dans leurs parois, tumeurs qui, une fois ouvertes, laissent échapper un contenu muqueux et visqueux, constitué par une matière grasse altérée, — molluscum athéromateux. Quelques-unes de ces tumeurs persistent souvent pendant des années et se rétractent, par suite de l'épaississement de leur contenu, en corps durs, sphériques, enkystés. De plus, il se forme en beaucoup d'endroits des abcès périfolliculaires dont le pus vient se joindre aux abcès glandulaires proprement dits. Enfin, les parties de la peau qui sont occupées par de grosses pustules d'acné se creusent, saignent et se déchirent en lambeaux, laissant après elles des cicatrices déchiquetées qui parfois forment des brides entre elles.

Le siège anatomique de l'inflammation est le tissu de la peau qui entoure les glandes sébacées et les follicules pileux, ainsi que leur canal excréteur commun (G. Simon, Virchow, Hebra-Kaposi, Biesiadecki) (1). Les altérations que présente ce tissu correspondent, sous le rapport de l'intensité, aux symptômes cliniques de chaque cas, ainsi que cela résulte d'un travail que j'ai publié en collaboration avec Biesiadecki. Dans l'acné ponctuée, les papilles qui entourent le comédon et les couches supérieures du chorion sont remplies de vaisseaux gorgés de sang, de sérum et de cellules d'exsudat qui se trouvent dans les vacuoles dilatées. Dans l'acné pustuleuse, il existe un exsudat purulent dans le canal excréteur ; dans les cas où il y a de grosses nodosités et des pustules, l'inflammation pénètre profondément dans le tissu qui entoure le corps des glandes sébacées et les follicules pileux, et l'on trouve, dans la cavité des glandes, du sang et du pus ; enfin, dans le follicule pileux, les enveloppes du bulbe sont décollées et leurs cellules épithéliales devenues des cellules de pus. Si l'intensité

(1) Dauvergne, confirmant les recherches de H. Eichhorn, fit, le premier, sur un acnéique mort à la suite d'un érysipèle, l'anatomie de l'acné vulgaire. (Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, 2e édit., Paris, 1835, t. II, p. 68-69.) E. B. — A. D.

du processus inflammatoire local augmente, la glande sébacée est entièrement détruite par la suppuration, tandis que le bulbe pileux peut encore être conservé, ce qui, à l'égard du sycosis, est très caractéristique. Il est certain, en effet, que ce sont les glandes sébacées, c'est-à-dire l'anomalie de sécrétion et d'excrétion de ces glandes, qui sont le point de départ et la cause de l'inflammation. Dans les grands abcès de l'acné, il est vrai, le follicule pileux lui-même est aussi détruit et l'on ne trouve plus qu'une vaste cavité purulente, qui parfois contient un poil, cavité qui est limitée par le derme considérablement vascularisé et infiltré par suite de l'inflammation. Dans ce dernier cas, il est manifeste que le processus local ne peut se terminer autrement que par la production de cicatrices et la destruction du follicule, tandis que l'acné ponctuée et l'acné pustuleuse superficielle peuvent encore guérir avec retour complet à l'état normal (1).

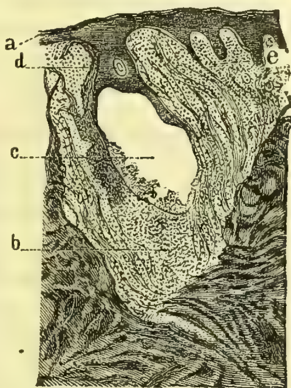


Fig. 28.

Coupe verticale d'une pustule d'acné. (Faible grossissement.)

a épiderme. — *e* infiltration (cellules) inflammatoire dans le chorion entourant la glande sébacée et le follicule, les papilles avoisinantes *b*. — *c* glande sébacée dont la plus grande partie du contenu est évacué, il ne reste que du pus et un détritus épithélial et graisseux. — *d* follicule pileux vu obliquement, appartenant à la glande sébacée.

La cause prochaine de l'acné réside dans l'irritation que provoque sur les tissus le produit de sécrétion séjournant dans le canal excréteur ou dans la glande sébacée même (Virchow); cette cause prochaine peut donc être un obstacle mécanique à l'excrétion, comme dans le cas où l'orifice du follicule est bouché par du goudron (acné du goudron, dont nous parlerons bientôt), ou un trouble fonctionnel, le produit de sécrétion étant altéré chimiquement ou trop abondant Ce dernier cas semble être celui de l'acné vulgaire; en effet, cette affection débute surtout à l'époque de la puberté, à laquelle, en même temps

(1) Nous ne reprendrons pas ici, faute de place, la description, qui aurait besoin d'être régularisée et complétée, des lésions de l'acné telles qu'elles ressortent des études de Biesiadecki, Simon, Cornil, Leloir et Vidal, Pick, Balzer, Darier, Caesar Boeck, Neisser, etc., etc. Nous rappelons seulement l'attention sur ce que, dans un grand nombre de formes de l'acné disséminée, la lésion *ne part pas* de la glande sébacée et *ne l'occupe pas;* que souvent elle débute soit dans le canal pilaire, la glande elle-même restant tout à fait intacte, soit dans le *périfollicule épidermique* ou dans le *périfollicule dermique*, la

que le système pileux se développe plus activement, la fonction des glandes sébacées augmente également, et cela plus souvent chez les sujets bruns du sexe masculin, atteints de séborrhée huileuse, que chez les individus blonds du sexe féminin (1). La dyspepsie chronique

---

glande sébacée n'étant atteinte que secondairement, et dans les formes pustuleuses ou phlegmoneuses profondes. Dans l'acné tuberculeuse ou indurée profonde, c'est le *périfollicule dermique* et le *derme* alentour qui forment la nodosité; c'est lui qui est le siège de l'abcès, du phlegmon, et non la glande sébacée, laquelle *subit* l'éventualité des lésions du périfollicule vasculaire et conjonctif, et est, *par elles*, comprimée, perforée, envahie, détruite. E. B. — A. D.

(1) La part que prennent les altérations supposées de la sécrétion sébacée à la constitution des acnés dont il est, à présent, question, n'est pas aussi simple : la fonction sébacée n'est pas une fonction émonctoriale, elle est exclusivement destinée à la lubréfaction de la peau et du système pilaire, et il est peu vraisemblable que son organisation ne la prémunisse pas contre les adultérations dont on l'accuse. Comme la sueur (voyez p. 157, note 2), la sécrétion sébacée s'altère seulement au même titre que le reste du tégument épidermique non différencié.

En dehors de la forme comédonienne, dans laquelle il est légitime d'incriminer la dystrophie sébacée, ainsi que les altérations du sébum interne, et réserve faite des altérations des produits sébacés et stéatosudoraux déposés à la surface de la peau ou infiltrant les couches cornées, c'est *autour* des éléments différenciés, dans leur système vasculaire, dans l'appareil épidermique qui les entoure jusqu'à l'ostium, que se passent les principaux actes irritatifs qui donnent lieu à la plupart des « acnés ».

Les agents provocateurs de ces irritations sont très variés : les uns viennent du dehors, tels que ceux que produisent, par exemple, l'acné de la poix, du goudron, de l'huile de cade, etc., laquelle n'est le plus ordinairement qu'une péri-angiofolliculite susglandulaire. Les autres viennent du dedans, ou, introduits dans l'économie, cheminent du dedans en dehors vers la surface, poisons du dehors ou poisons autochtones, éléments morbides charriés par le sang, substances toxiques éliminées *par l'épiderme*, mais non par la glande sébacée, — dont ce n'est pas la fonction, et qui est organisée pour résister à ces invasions, — et qui arrivent en foule *autour* des appareils différenciés par l'appareil vasculaire périfolliculaire. Cela dit, il n'y a rien d'invraisemblable à admettre que le tégument, ainsi *préparé*, devienne un terrain favorable à la germination des « *éléments acnéogènes* » de Barthélemy. (Voyez *Congrès de dermatologie* de Paris, 1889.) Mais il ne faut pas oublier que les différents individus sont bien remarquablement inégaux devant ces germes, lesquels ne produisent l'acné, en leur présence, qu'au prorata de l'irritabilité du revêtement épidermique. — Cf. Balzer, *Parasitisme des glandes sébacées*, Société de Biologie 1881, *in Gaz. méd.*, 1881, p. 319.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

t la chlorose semblent prédisposer à l'acné. On a coutume de ire, mais c'est une opinion absolument erronée, que l'usage habituel 'aliments âcres, salés, acides, ou du fromage (1), ou encore que abstention de rapports sexuels (2), peuvent donner naissance à l'acné. rdinairement, l'affection diminue et disparaît peu à peu à l'âge où s malades atteignent leur complet développement, c'est-à-dire chez s femmes vers la vingtième année, plus tard chez les hommes. Elle e prolonge même quelquefois, mais exceptionnellement, jusque vers âge de quarante ans.

Le diagnostic de l'acné vulgaire est très facile, en général, en raison e l'ensemble des symptômes que nous avons décrits, de la présence imultanée de comédons, de nodosités et de pustules à tous les degrés e développement, en raison, enfin, des caractères inflammatoires de es efflorescences. Quelquefois, la variole du visage peut être prise ar erreur pour de l'acné, ou encore pour une syphilide pustuleuse.

Nous désignons sous le nom d'acné varioliforme une acné particuère, qui s'établit le plus souvent sur les limites du cuir chevelu, soit vec le front (acné frontale), soit avec la nuque, sous forme de papules lates et de pustules disposées en groupes et sous celle d'efflorescences isolées et disséminées, sur le cuir chevelu même, rarement ussi dans la région de toute la face et sur la partie supérieure de la oitrine. Il ne faut pas confondre cet état morbide avec l'acné varioforme de Bazin, qui répond à notre molluscum verruqueux.

Ce sont des papules grosses comme une lentille, plates, dures, ouge brun, au centre desquelles se forme une pustule flasque, qui se essèche rapidement en une croûte enfoncée au-dessous du niveau de ı peau, et qui laisse après sa chute une dépression cicatricielle. 'aspect de ces pustules rappelle beaucoup les efflorescences de la ariole (d'où le nom que l'on donne à cette affection), de même que, 'un autre côté, leur disposition en groupes, leur coloration foncée t leur dépression centrale donnent à l'éruption une grande ressemlance avec la syphilide tuberculo-pustuleuse en corymbe. Elle dure lusieurs années, par le fait du renouvellement tenace d'éruptions

---

(1) Nous nous inscrivons, au nom de l'observation commune, contre ı proposition qui vient d'être faite, que la mauvaise alimentation est ıdifférente *chez les acnéiques*. E. B. — A. D.

(2) Cette question est insoluble sous la forme qui lui est donnée. es rapports, « utiles ? » chez quelques acnéiques, pourraient être préjuiciables à d'autres, et les abus solitaires sont aussi souvent incriminés, eaucoup plus souvent à invoquer, que la chasteté absolue.

E. B. — A. D.

toujours semblables. Nous ne savons absolument rien au sujet des causes qui l'engendrent (1).

L'acné des cachectiques (Hebra), se montre chez des individus considérablement affaiblis, atteints de marasme, ou chez des sujets scrofuleux, par conséquent, souvent aussi associée au lichen des scrofuleux ; peu abondante à la figure, elle occupe surtout le tronc et les membres inférieurs. Elle consiste dans la production de papules et de pustules du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, plates, molles, d'un rouge livide, qui ressemblent beaucoup aux efflorescences syphilitiques. Mais elles s'en distinguent principalement par l'absence de l'infiltrat dur qui caractérise les syphilides, et par cette circonstance que jamais elles ne donnent naissance aux ulcérations spécifiques, tout au plus à des soulèvements flasques et superficiels des tissus traversés par des foyers hémorrhagiques.

La cause de cette acné réside dans l'état de dépression de la nutrition générale, qui amène chez ces malades une altération des glandes sébacées avec exsudat hémorrhagique dans les tissus, et souvent même se termine par le scorbut. J'ai vu une fois l'acné des cachectiques survenir, à la suite d'une dépression morale, chez un homme en pleine santé et dans une bonne situation de fortune. Cette affection disparaît après que les circonstances qui lui ont donné naissance se sont améliorées, mais elle peut aussi persister pendant des années.

Nous rattacherons à cette catégorie les variétés d'acné qui surviennent artificiellement par suite de l'irritation que certaines substances médicamenteuses déterminent dans les glandes sébacées, soit que ces substances nocives arrivent de l'extérieur dans les orifices des glandes, comme le goudron (*acné du goudron*), soit que, venant de l'intérieur, elles pénètrent dans le torrent circulatoire et arrivent dans les glandes qui les expulsent au dehors, comme cela a lieu quelquefois pour le goudron et aussi pour l'iode, le brome (*acné iodique*, *bromique*).

Nous avons déjà parlé de l'acné produite par le goudron à l'occasion du traitement du psoriasis par le goudron. Il se forme sur la peau une quantité de papules du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de plomb ou même d'un pois, d'une couleur rouge brun, dont le centre est marqué d'une façon caractéristique par un point noir, la petite particule de goudron qui occupe l'orifice du follicule. Outre ces papules, il peut aussi survenir des nodosités dures, grosses parfois comme des noisettes, des abcès, des furoncles, etc. ; leur siège principal est sur le côté de l'extension des membres inférieurs, qui est abondamment pourvu de follicules pileux.

---

(1) Voyez plus loin l'*Appendice* des traducteurs. E. B. — A. D.

Divers produits extraits du goudron, le résinéon, la benzine, la créosote, peuvent également déterminer l'acné, soit qu'ils aient été employés en frictions, soit que, remplissant à l'état de division extrême l'atmosphère de grands locaux fermés, ils irritent directement la peau, soit enfin qu'ayant pénétré dans l'économie par les voies respiratoires ils aient été portés par la circulation aux surfaces tégumentaires, et éliminés. On a observé à différentes reprises cette acné, produite par le goudron, d'une manière épidémique, chez des ouvriers travaillant dans les distilleries de goudron ou dans des filatures où les axes des broches étaient graissés avec les huiles dont nous avons parlé.

Nous y ajouterons aussi l'acné déterminée par l'emploi de la pommade de chrysarobine (1).

L'acné iodique se montre à la suite de l'usage interne de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium, quelquefois alors même qu'on n'en a pris que de faibles doses; c'est à la face qu'elle apparaît tout d'abord, et souvent associée à d'autres symptômes de l'iodisme. Les pustules sont coniques, avec une base rouge vif; exceptionnellement, elles présentent un foyer hémorrhagique (Fournier, etc.), ou un cercle de vésicules saillantes (T. Fox). Cette forme se distingue de l'acné vulgaire par son apparition aiguë, la production simultanée d'un grand nombre de pustules semblables, et par l'absence de la pigmentation et des cicatrices, qui sont propres aux affections à marche chronique. Adamkiewicz a démontré la présence de l'iode dans le contenu des pustules de l'acné iodique, laquelle disparaît après la cessation de la médication iodée (2).

---

(1) ... et quelquefois de l'acide pyrogallique, etc. E. B. — A. D.

(2) L' « *acné iodique* », dans ses formes communes, est une simple péri-angiofolliculite qui se termine par résolution et dans laquelle la glande sébacée proprement dite n'est pas intéressée.

Les formes *intenses*, les variétés *anthracoïdes*, ne s'observent que chez les sujets qui ne tolèrent pas les préparations iodiques et qui présentent, ou peuvent présenter, toutes les autres manifestations de l' « *iodisme* ».

Nous avons l'habitude d'appeler ces formes dermatologiques *iodopotassiques*, plutôt que iodiques, parce que nous les considérons comme résultant surtout de l'action de l'iodure de potassium; l'iodure de sodium la produit moins, et l'iode encore moins. — Cf. Celso Pellizari, Sop. alc. eruz. cut. dov. a. azione patogen. d. iod. d. potass., *Lo Sperimentale*, féb. 1880, et Nuovo contrib. a. stud. d. eruz. iodiche, *eod. loc.*, sept. 1884, p. 233, et tirage à part. — Hallopeau, 1° Variété rare d'éruption bulleuse d'origine iodique, *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 1881, p. 355; — 2° Sur deux manif. rares de l'iodisme, *Union méd.*, 1885, p. 1077; — 3° Sur une forme végétante et atrophique du pemphigus iodique, *Ann. de Derm. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, p. 286. —

L'acné bromique (exanthème bromique) a été observée par les médecins depuis que l'on fait un usage fréquent, en thérapeutique, des sels de brome, bromure de potassium et bromure de sodium (Voisin, Mitchell, Neumann, Veiel, etc.). Je l'ai vue à un degré très prononcé chez un nourrisson de six mois auquel le brome était donné sans intention par le lait de sa mère. Dans cette variété, il survient, quelquefois au milieu de symptômes fébriles, des tubercules et des pustules de différentes grosseurs, comme dans l'acné ordinaire; mais on voit aussi en même temps, chez les individus qui ont fait un usage prolongé de doses élevées de bromures, apparaître des infiltrats formés par la confluence d'un grand nombre d'éléments acnéiques; ces infiltrats dont parfois l'épiderme est recouvert de bulles purulentes, confluentes, plus ou moins grosses, et qui ressemblent un peu à de l'eczéma bulleux, à de l'herpès ou à du pemphigus, sont eux-mêmes analogues aux plaques syphilitiques, et font une saillie de 1 à 2 millimètres au-dessus du niveau de la peau. Lorsque les pustules se sont successivement vidées, ces infiltrats ont un aspect qui rappelle quelque peu celui d'un rayon de miel, ou bien ils se fendillent et forment des ulcères d'un mauvais caractère. On y trouve encore des infiltrats de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, ou parfois même de la paume de la main, diffus, modérément durs, rouge brun foncé, qui, au bout d'un certain temps, s'affaissent à leur centre et prennent par là une ressemblance d'autant plus grande avec un infiltrat syphilitique. Enfin, dans l'acné bromique, on rencontre aussi des excroissances verruqueuses et arrondies sur une base infiltrée. Lorsqu'on ne cesse pas l'usage du brome, ces productions peuvent se renouveler constamment pendant des mois, pendant une ou deux années, et, comme je l'ai observé chez une jeune fille atteinte de chorée, envahir la plus grande partie du corps. Elles disparaissent en laissant sur certains points une pigmentation brune, et, sur d'autres, des cicatrices. Comme l'a démontré Neumann, il s'agit, dans cette affection, d'une infiltration inflammatoire profonde de la peau, d'une destruction et d'une dégénérescence des glandes et des follicules cutanés (1).

E. Besnier. Un cas d'ér. bull. due à l'iod. de potass., un cas d'érupt. anthracoïde due au même agent, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1882, p. 168. — Hardy, traité cité, p. 183, 1886. — Prince A. Morrow, *Drug éruptions*, etc., New-York, in-8°, 1887. — E.-N. Bradley, L'iodisme (bibliographie très étendue), *Thèse de Paris*, 1887. — Taylor, Dermatitis tuberosa of iodic origin : the so-called acné anthracoïde iodopotassique, *The New-York med. Journ.*, 1888, p. 477, avec une chromographie. — A. Pignot, art. Iodisme du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1889. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le bromure de potassium est un des agents médicamenteux les

La cause de ces lésions est certainement l'irritation que le brome, dont la présence dans le contenu des pustules a été chimiquement constatée par P. Gutmann, exerce sur la peau, c'est-à-dire sur les glandes sébacées qu'il traverse pour être éliminé à l'extérieur.

Le pronostic de cette espèce d'acné est favorable, en ce sens que cette affection disparaît spontanément dès que la cause spéciale qui lui avait donné naissance est elle-même supprimée. Toutefois, il faut tenir compte des cicatrices indélébiles qui succèdent aux infiltrats profonds de l'acné bromique.

Le traitement de l'acné vulgaire est toujours couronné de succès lorsqu'on lui applique une méthode convenable (1).

---

plus irritants pour la peau; ses effets *s'accumulent;* les lésions qu'il produit *varient* selon les sujets; *érythèmes* divers; *prurigos* intenses et *prurits* atroces par les doses élevées et prolongées, comme chez les épileptiques, par exemple; *périfolliculites* superficielles ou profondes, isolées ou associées, quelquefois végétantes, fongoïdes, prenant divers aspects insolites; *dermites eczématoïdes*, *pustuleuses*, conglomérées, localisées assez souvent aux surfaces exposées; vastes *infiltrations anthracoïdes* du derme, *phlegmons* secondaires, etc., etc.

Régulièrement, les formes intenses et graves proviennent de l'élévation trop grande des doses ou de leur *prolongation sans suspension;* de l'administration du médicament à des sujets atteints d'*affections du poumon*, de *cardiopathies avancées*, *d'insuffisance rénale*, toutes circonstances qui favorisent l'*accumulation* du toxique.

Quand, en dehors de ces dernières circonstances, les dermites bromurées se produisent à la suite de l'emploi de doses faibles et après un court délai d'administration — ce qui est tout exceptionnel — il s'agit alors de sujets à *intolérance* bromurique, intolérance de laquelle il a été tenté, mais sans succès, diverses explications. Un exemple remarquable de ces faits exceptionnels a été publié par L. Jacquet, — Bromisme cutané à grands éléments, après absorption peu prolongée de doses faibles de bromure de potassium, etc., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. VI, 1885, p. 738 ; et éruption bromique polymorphe périadénites et bulles. — Congrès de Paris de 1889.

En raison de ces phénomènes d'accumulation toxique, les lésions bromiques sont tenaces, de longue durée et survivent davantage que les lésions iodiques ; elles peuvent même persister plus ou moins *longtemps après la suppression* de l'emploi du médicament.

Le plus ordinairement, on évitera ces accidents si l'on veut bien surveiller et diriger l'emploi du médicament en tenant compte des indications que nous avons données ; dans les cas où la prolongation de doses élevées s'impose par la gravité des accidents nerveux à combattre, on devra toujours tenter des suppressions momentanées. On pourra, en outre, essayer l'emploi simultané de l'arsenic, qui a été considéré comme antidotique à l'égard de la peau.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Nous sommes obligés d'émettre quelques réserves à côté de cette

Avant tout, il faut ouvrir l'un après l'autre avec le bistouri les abcès glandulaires et sous-cutanés que l'on voit ou que l'on sent au toucher, et faire sortir leur contenu. Pour cela, on est souvent obligé de pénétrer très profondément avec le bistouri, et quelquefois il faut y consacrer dix ou douze séances pour que tous les abcès soient ouverts. Ces petites opérations donnent lieu à un écoulement de sang assez abondant, mais que l'on arrête facilement en comprimant avec de la ouate. Après chaque séance, on peut appliquer des compresses froides. On enlève à l'aide de la curette les infiltrats hémorrhagiques ramollis et l'on excise avec des ciseaux les petits lambeaux de peau.

C'est seulement lorsque, par ces petites opérations continuées pendant dix à quinze jours, l'on a fait disparaître toutes les nodosités fluctuantes, lorsque le gonflement de la face a disparu, et qu'il reste à peine quelques petites nodosités et quelques pustules, que l'on peut commencer le traitement indiqué pour toute acné d'un degré moyen. Ce traitement est le suivant : d'abord, on extrait tous les comédons mécaniquement avec l'instrument de Hebra (*Comedonenquetscher*) (1), et l'on

---

déclaration encourageante; le médecin prudent ne fera pas de promesse trop explicite, et surtout ne s'engagera pas pour la question de temps; certaines variétés sont extraordinairement rebelles, et leur repullulation se prolonge indéfiniment. E. B. — A. D.

(1) Ici encore, il faut faire remarquer que le *traitement chirurgical* de l'acné vulgaire n'est pas absolument simple pour un médecin non spécialiste; d'autre part, il est douloureux; les résultats satisfaisants ne sont pas immédiats; le malade est obligé d'interrompre ses occupations, et, en dernière analyse, beaucoup s'y refusent ou s'y soustraient.

Sous ces réserves, ce traitement s'impose dans tous les cas graves, intenses, rebelles, dans tous les cas où les autres moyens sont demeurés insuffisants, ou encore quand la nature de l'acné donne lieu à des cicatrices défigurantes.

Les éléments acnéiques non suppurés sont scarifiés, ou rugínés avec les petites curettes usitées pour le lupus ; les foyers superficiels ou profonds sont ponctionnés et évacués par pression; il faut se rappeler qu'ils sont souvent profonds, intradermiques et sous-dermiques.

A côté, ou au lieu de cette méthode qui donne lieu à un écoulement de sang assez abondant et qui, chez quelques sujets, produit par auto-inoculation des éclosions suppuratives secondaires et indéfinies, nous employons plus ordinairement, et avec des résultats plus rapides, — on se rappelle qu'il ne s'agit que des cas graves, — les applications électro-caustiques faites à l'aide des aiguilles fines de platine qui nous servent dans le traitement du lupus. Tous les foyers intradermiques et sous-dermiques sont ponctionnés avec l'aiguille portée au rouge-cerise, et les foyers profonds, évacués par pression quand l'élimination ne se fait pas spontanément. On peut, à la rigueur, faire ces petites opérations

ouvre les abcès à mesure qu'ils se produisent. En second lieu, on fait régulièrement et à diverses reprises des lavages énergiques avec différents savons, savon de toilette, savon de glycérine solide ou liquide, savon noir, esprit de savon de potasse, savon de soufre et de sable, savon de soufre iodé, savon de naphtol, savon de naphtol et de soufre, en même temps que l'on donne des bains et des douches de vapeur. En troisième lieu, application méthodique de substances qui, en déterminant une réaction modérée, amènent en même temps une prompte exfoliation de l'épiderme, ainsi que des cellules de revêtement des glandes sébacées, et qui, par conséquent, débarrassent ces dernières de leur contenu et provoquent leur contraction en relevant leur tonicité affaiblie. Les pâtes sulfurées, la macération au moyen de l'écume de savon sulfureux, de savon mou ou de savon de naphtol, la teinture d'iode et le glycéré d'iode, l'emplâtre hydrargyrique, les douches froides, remplissent ces indications. Quatrièmement, on doit employer encore, dans un but cosmétique, des moyens de protection, des pommades, des eaux et des poudres.

Quant à la méthode de traitement à instituer pour un malade qui vaque à ses affaires, voici à peu près celle qu'il doit suivre :

Chaque soir, on nettoie la peau de la face et du dos par des lavages avec un des savons ci-dessus nommés ; en même temps, on fait une friction énergique sur la peau et on comprime les parties malades, afin de faire sortir mécaniquement les comédons (1). Puis on fait une lotion et on laisse sécher. Ensuite on étend avec un pinceau une pâte soufrée qu'on laisse toute la nuit, par exemple :

Lait de soufre 10, esprit-de-vin 50, esprit de lavande 10, glycérine 1.50 ;

Ou : soufre jaune 10, esprit de savon de potasse 20, alcool de lavande 60, baume du Pérou 1.50, esprit de camphre 1, huile de bergamotte 5 gouttes ;

Ou bien encore : lait de soufre 10, carbonate de potasse 5, esprit

---

sans grande douleur, en badigeonneant préalablement, jusqu'à congélation, la peau avec le chlorure de méthyle.

E. B. — A. D.

(1) Le « Comedonenquetscher » peut être avantageusement remplacé par la clef de montre. On l'applique perpendiculairement sur la peau, le comédon correspondant exactement au centre de la clef ; puis on presse sur la peau doucement et graduellement, et, avec une habileté très ordinaire, on peut rapidement savoir très suffisamment exécuter cette petite, mais très utile besogne ; en enlevant une dizaine de comédons par jour, on arrive assez promptement à la terminaison, même dans les cas qui ont été longtemps négligés. E. B. — A. D.

de savon de potasse 20, glycérine 50, huile de caryophyllée, huile de menthe et huile de romarin, ââ 1; f. s. a. une pâte. Au lieu de ces pâtes, on peut aussi faire des frictions avec de la mousse de savon simple ou sulfureux ou encore de savon de naphtol et de soufre, et la laisser pendant toute la nuit sur la peau. La solution de Vlemingkx agit comme caustique sur les personnes dont la peau est délicate et ne doit être employée que contre l'acné du dos. Le lait sicilien, l'eau de Kummerfeld (1), sont des émulsions sulfureuses d'une composition analogue. Unna recommande des pâtes avec l'acide acétique d'après cette formule : kaolin 20, glycérine 15, vinaigre de vin 10, huile de bergamotte, 3 gouttes. L'action irritante de ces médicaments est encore augmentée si l'on recouvre de flanelle les parties que l'on vient de badigeonner. Le matin, on enlève la pâte ou la couche de savon appliquée la veille, en lavant la peau, qui est rugueuse et rouge, et sur laquelle on étend une pommade ou une eau protectrice, ou enfin un cosmétique, tel que l'onguent de Wilson, ou :

Oxyde de zinc 20, onguent émollient 100, huile de réséda 2, huile de roses 5 gouttes;

Ou : sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, ââ 5, onguent émollient 50, huile de naphte 4 gouttes;

Ou encore : cold-cream 50, oxyde de zinc 5, glycérine pure 1.50, teinture de benjoin 1. On étale ces pommades en couche mince et on frictionne doucement, puis on poudre légèrement. Les poudres que nous avons déjà énumérées conviennent pour cet usage. L'emploi des préparations qui contiennent du plomb ou du mercure est en général contre-indiqué lorsqu'on fait un traitement sulfureux et que la sécrétion sébacée est abondante, parce que les sulfures de plomb et de mercure font des taches brunes sur la peau. A côté des poudres indiquées plus haut, la poudre dite des dames est encore d'un très bon usage :

« *Pulv. lapid. baptistæ* », talc de Venise, poudre de riz, ââ 30, oxyde de zinc 10, huile de néroli 2 gouttes, huile de roses 4 gouttes.

Un très bon cosmétique liquide est l'eau de la princesse (Hebra); sous-carbonate de bismuth 10, talc de Venise pulvérisé 20, eau de roses 70, eau de Cologne 3.

La teinture d'iode et la glycérine iodée (iode pur et iodure de potassium, ââ 5, glycérine 10) s'appliquent avec un pinceau deux fois par jour, en tout six à douze fois. Après que la croûte brune qui en résulte

---

(1) Voici la composition de l'eau de Kummerfeld :
Alcool camphré et alc. de lavande, ââ 2 gr. — Lait de soufre, 1 gr. — Eau de Cologne, 4 gr. — Eau distillée, 60 grammes.

E. B. — A. D.

est tombée, la peau est ordinairement rouge et squameuse; on la traite alors exclusivement par des corps gras pendant un certain temps, puis on peut revenir de nouveau à un traitement irritant au moyen du soufre, de l'iode ou du sublimé. Suivant l'intensité de l'affection, il faut répéter cette série d'opérations de quatre à huit fois dans un espace de six à douze semaines pour obtenir une guérison complète.

La chlorose, la dyspepsie, qui existent en même temps que l'acné, doivent être traitées par les remèdes internes appropriés.

L'acné produite par le goudron, l'acné iodique et bromique réclament un traitement symptomatique, l'application du froid contre l'inflammation intense, les pommades de plomb, de zinc, le cérat, dans les cas de destruction ulcéreuse des tissus ou contre le suintement de l'exanthème bromique. J'ai vu des efflorescences et des infiltrats durs de cette dernière variété d'acné disparaître très rapidement par l'application de l'emplâtre mercuriel. Cet emplâtre, ainsi que la pommade au précipité (5 sur 50) et les lavages avec l'alcool de savon sont particulièrement efficaces contre l'acné varioliforme (1).

Diekerhoff et Gravitz ont récemment étudié et désigné sous le nom d'acné contagieuse une maladie des chevaux que les vétérinaires connaissent sous le nom de « variole anglaise, englishe Pocken » (horse pox), maladie qui consiste dans l'éruption aiguë de bulles aplaties du volume d'un pois et même plus grosses, sur une base infiltrée et enflammée, dans la région de la crinière, du dos et des omoplates, et qu'on a observée chez nous sur des chevaux importés d'Angleterre. L'aspect de l'affection n'a, comme je l'ai vu, aucune ressemblance avec l'acné de l'homme, mais plutôt avec l'impétigo contagieux.

ACNÉ ROSÉE

Par acné rosée (goutte rose, couperose), on entend une maladie chronique limitée aux parties de la face dépourvues de poils, spécialement le nez, les joues, la lèvre inférieure et le menton, et qui parfois s'étend sur la région latérale du cou, caractérisée par la production de taches d'un rouge vif allant jusqu'au rouge foncé, uniformes ou traversées par des vaisseaux sanguins, pâlissant sous la pression du doigt, ainsi que par des papules, des nodosités rouges, élastiques, ou même des nodules et des végétations d'un certain volume.

---

(1) Acné pilaire de Bazin, acné à cicatrices déprimées, nécrobiotique, etc., etc. E. B. — A. D.

Dans cette maladie, nous distinguons trois degrés. Le premier consiste dans une rougeur diffuse, en général uniforme, de l'extrémité du nez et de son voisinage immédiat. Les malades croient, sans qu'il y ait à cela de fondement, qu'ils ont eu le nez gelé. Aucune douleur. Chez certaines personnes, la rougeur s'étend d'une manière diffuse sur les deux joues, les oreilles, le menton. Quand la maladie dure depuis un certain temps, on trouve toujours un réseau vasculaire de nouvelle formation. Par les froids aigus de l'hiver, après les repas, ou quand le malade s'est échauffé, ces rougeurs prennent une teinte plus foncée et sont le siège d'une sensation de chaleur et de brûlure. La maladie peut durer des mois et même des années en cet état, puis disparaître complètement; ou bien elle se développe à un degré plus élevé.

Au second degré de l'acné rosée, il se forme progressivement sur des plaques érythémateuses des nodules du volume d'une lentille à celui d'un pois, d'un rouge vif, durs, élastiques, non douloureux, isolés ou réunis en groupes confluents et présentant à leur surface des vaisseaux sanguins entrecroisés et sinueux. Cette espèce d'acné se trouve sur le nez, le menton, la lèvre inférieure et les joues.

Le troisième degré, le plus prononcé de l'acné rosée, consiste dans cet état du nez qui est connu sous le nom de « couperose » (1) proprement dite, dans lequel il se produit des végétations arrondies ou de forme irrégulière, placées les unes à côté des autres ou amoncelées les unes sur les autres, quelquefois pendantes, de consistance élastique; à leur niveau, la peau est traversée par un lacis de vaisseaux sanguins, qui atteignent parfois le volume d'une plume de corbeau, et parsemée de comédons et de pustules d'acné, — (ce que l'on appelle *Pfundnase, nez d'une livre*). Cet organe peut atteindre des proportions colossales, les appendices peuvent pendre jusque sur la lèvre supérieure et affecter les formes les plus bizarres — rhinophyma.

Une autre variété de cette affection consiste en une hypertrophie uniforme des parties molles du nez, qui s'élargissent et s'allongent

---

(1) En France, le terme de couperose veut dire simplement congestion *permanente*, avec ou sans folliculites et avec ou sans varicosités de la face; on dit : « Cette personne est couperosée, teint couperosé, etc. » Généralement, le mot de *couperose* est pris par les gens du monde en mauvaise part; telle malade qui sera désolée si son médecin consent à reconnaître qu'elle a la « couperose » sera tout à fait rassurée s'il lui déclare qu'elle a simplement une acné congestive ou érythémateuse.

Médicalement, le terme est accepté et acceptable; cependant, il est, en fait, peu usité, et il ne nous paraît pas utile de lui donner une acception plus précise et plus solide que celle qui lui est actuellement accordée. E. B. — A. D.

en forme de trompe, en faisant une saillie volumineuse en avant (1).

Les petites papules que nous avons décrites comme appartenant au second degré de l'acné rosée, ainsi que les néoformations du rhinophyma en forme d'appendices et de tumeurs qui constituent la couperose, sont composées de tissu cellulaire gélatineux de nouvelle formation, qui peut bien, il est vrai, s'organiser et passer à l'état de tissu cellulaire solide persistant, mais qui peut aussi se rétracter et disparaître par résorption. Ce dernier cas n'a lieu que pour les productions encore récentes. Il y a, en outre, une dilatation et une hypertrophie des glandes sébacées (Biesiadecki), une dilatation des vaisseaux déjà existants et une production de vaisseaux nouveaux placés superficiellement dans la peau; enfin, il y a en outre une dilatation des troncs ascendants

---

(1) L'acné rosée, la couperose, se compose essentiellement d'une série d'éléments assez étendue, et que l'on peut résumer ainsi qu'il suit :

a) *Érythème* lisse superficiel ou profond, d'abord intermittent, puis rémittent, et enfin permanent avec exacerbations — *acné érythémateuse simple*, très commune chez les femmes, même chez les jeunes filles.

b) *Érythème sébacé*, avec irritation manifeste de l'appareil glandulaire, stéatorrhée ou exfoliation, peau très irritable ; on est fort embarrassé de dire si l'on a affaire à un eczéma acnéique ou à une acné eczématique, et le malade subit souvent deux diagnostics distincts de deux médecins consultés, l'un lui déclarant qu'il a un eczéma, l'autre qu'il a une acné ; — beaucoup de ces malades, non tous, ont souvent l'eczéma séborrhéique latent du cuir chevelu — *acné eczématique* ou *eczéma acnéique* ou *stéatosique* de la face.

c) *Érythème profond* avec infiltration du chorion, d'abord œdémateuse, puis plastique, péri-angiofolliculites, périfolliculites et folliculites profondes, depuis les degrés les plus légers, représentés par quelques rares papules ou papulo-pustules éventuelles et éphémères sur un fond érythémateux, jusqu'aux formes intenses d'acné rouge, cuivrée, lie de vin, boutonneuse et pustuleuse, etc.— *acné érythémato-pustuleuse*, *tuberculeuse*, *infiltrée*, *déformante*.

d) *Télangiectasies*, véritables *varices*, varicosités superficielles ou profondes, linéaires, disposées en réseaux élégants, localisées ou diffuses, superficielles ou profondes, lisses ou saillantes, habituellement avec érythème interréticulaire, mais pouvant être isolées, et alors avec ou sans pustules développées sur le trajet de varices, généralement alors de petite dimension —*acné télangiectasique*, dont les variétés sont très nombreuses.

e) Enfin, *hypertrophie* du périfollicule dermique et du derme interfolliculaire—*acné hypertrophique*, *déformante*, *éléphantiasique*, *rhinophyma*.

Toutes ces distinctions établies, non pas pour satisfaire à la division anatomique, mais parce que, en pratique, chacune d'elles comporte un pronostic et des indications de nature spéciale.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

du chorion et de leurs rameaux. Telle est la base anatomique essentielle de l'acné rosée (1), ainsi que l'ont d'ailleurs confirmé les recherches de Hans Hebra.

Le diagnostic de cette affection ne présente, en général, aucune difficulté (2), alors même qu'il existe en même temps une acné vulgaire.

L'acné rosée du second degré (moyen) peut être confondue avec le lupus ou avec la syphilide tuberculeuse. Toutefois, les nodules de l'acné peuvent être distingués de ceux de la syphilis par leur vascularité extraordinaire; de plus, ils sont mous, compressibles; enfin, ils ne s'ulcèrent pas et ne se couvrent pas de cicatrices (3).

Il ne faut pas confondre le rhinophyma, acné rosée du troisième degré, avec le carcinome et le rhinosclérome (4).

Les causes de l'acné rosée sont très nombreuses et très diverses. Le premier et le second degré de cette affection se développent souvent chez des personnes du sexe féminin, et cela aussi bien à l'époque de la puberté qu'à l'âge critique; plus rarement chez des femmes d'un âge moyen, mais toujours manifestement liés à certains troubles fonc-

---

(1) Voy. p. complément, Leloir et Vidal, *loc. cit.*, p. 25. On ne peut retirer de l'étude anatomique de la couperose que la connaissance des lésions *réalisées*, et l'on notera particulièrement — V. Leloir, *Rech. cl. et anat.-path. s. les aff. cut. d'or. nerv.*, Paris, 1881 — que les *nerfs cutanés* des régions atteintes sont *intacts;* on remarquera aussi l'importance des lésions vasculaires d'ordre congestif ayant la plus grande analogie avec les lésions *variqueuses* de toute région, et indiquant un trouble considérable de la circulation en retour. E. B. — A. D.

(2) Nous considérons, au contraire, que des exceptions très nombreuses à cette facilité du diagnostic de l'acné rosée se présentent dans la pratique quand il s'agit, après avoir établi le diagnostic d'acné vasculaire, d'acné sanguine, de distinguer les variétés les unes des autres. Les difficultés principales s'établissent entre l'acné rosée et lupus *érythémateux* de la face, dont quelques variétés affleurent étroitement l'acné érythémateuse; quelques variétés du *lupus pernio;* l'*eczéma stéatosique du visage;* le *psoriasis de la région centrale de la face.*

Chez les sujets alcooliques, ou même chez quelques syphilitiques atteints de déshydratation dyscrasique, polyurie, glycosurie, la *syphilide tuberculeuse* du centre de la face défie tout diagnostic objectif et ne peut être décelée sérieusement que par l'épreuve thérapeutique.

E. B. — A. D.

(3) Nous avons déposé dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 1287, le moulage d'une acné hypertrophique du front, simulant absolument le *léontiasis lépreux.* E. B. — A. D.

(4) Voy. pl. bas la leçon et les notes sur le rhinosclérome.
E. B. — A. D.

tionnels des organes sexuels. Chez les jeunes filles et les jeunes femmes, c'est la chlorose, la dysménorrhée, la stérilité; chez les femmes d'un âge avancé, c'est le processus physiologique de la cessation des fonctions sexuelles, que l'on doit considérer comme étant les causes de l'acné rosée. Chez quelques femmes, la maladie se reproduit à chaque grossesse. On la rencontre exceptionnellement aussi alors même que les fonctions sexuelles sont parfaitement normales.

La dyspepsie chronique semble constituer, chez beaucoup de personnes des deux sexes, une prédisposition à l'acné rosée.

Une cause généralement connue de l'acné rosée à tous ses degrés, mais plus particulièrement à son degré le plus élevé, c'est l'usage immodéré, même modéré, mais habituel des alcooliques (1). Chez les buveurs de vin, on observe, en général, des nodosités d'un rouge vif; chez les buveurs de bière, c'est plutôt le rhinophyma cyanosique ou violet; chez les buveurs d'eau-de-vie, la peau du nez est surtout d'un bleu foncé, lisse, en même temps qu'elle est souple et doublée d'une épaisse couche graisseuse.

Un fait remarquable, c'est l'apparition de l'acné rosée chez des personnes qui, pendant plusieurs années, font des cures hydrothérapiques excessives.

Enfin, cette maladie s'observe chez toutes les personnes qui restent souvent et longtemps exposées au grand air, au vent et à la pluie, comme les cochers, les marchands en plein air, les matelots, les maçons, etc.

Physiologiquement, cette affection doit être attribuée à un état de parésie des vaisseaux les plus fins de la peau des parties les plus périphériques du corps, d'où il résulte que la circulation est plus difficile et plus lente sur ces points. Par conséquent, toutes les causes qui peuvent déterminer les engelures, le froid, la sudation aux mains et aux pieds, peuvent aussi occasionnellement être cause de l'acné rosée (2).

---

(1) L'acné hypertrophique la plus accentuée peut se développer sans aucune origine œnique ni alcoolique; une dyspepsie *chronique simple* peut en être le seul point de départ appréciable chez certains sujets prédisposés. E. B. — A. D.

(2) Que ce soit *directement* sur le visage, ou, ce qui est plus ordinaire, *indirectement* par action transmise, réfléchie, *réflexe*, toutes les causes qui viennent d'être énumérées agissent par les connexions nombreuses du système nerveux de la face avec le système sympathique, *chez des sujets prédisposés* héréditairement et constitutionnellement. Le système anatomique essentiellement atteint par ces actions nerveuses est le système des vaisseaux desservant les appa-

Le pronostic de l'acné rosée du premier ou du second degré est d'autant plus favorable qu'il est plus facile aussi de faire disparaître les causes qui lui ont donné naissance, parce que, par le fait de la suppression de ces dernières, l'acné elle-même peut se dissiper spontanément et les récidives sont également supprimées (1). Il n'y a pas à attendre un semblable résultat dans le rhinophyma (acné du troisième degré).

Le traitement de l'acné rosée doit être dirigé aussi bien contre les causes de cette affection que contre les lésions locales. Sous le premier rapport, après avoir établi par un examen attentif la nature des causes étiologiques, on devra recourir à tous les moyens qui paraissent propres à combattre les troubles des organes génitaux, la chlorose, la dyspepsie, etc., intervention locale, cautérisations, puis les amers, les

---

reils différenciés de la peau du visage; et l'action pathologique y est favorisée par les conditions défectueuses dans lesquelles s'exerce la circulation récurrente, à la fois à cause de l'éloignement du centre moteur et en raison de l'étroitesse relative des canaux osseux du visage.

Tout ce qui peut altérer suspensivement l'innervation de ces régions, ou gêner la circulation en retour par un procédé quelconque, directement ou indirectement, peut intervenir comme facteur dans les acnés sanguines : perturbations nerveuses centrales, irritations des foyers viscéraux, estomac, foie, tube digestif, appareil utérin, gêne circulatoire cardiaque, pulmonaire, dans le système de la veine cave, etc. Enfin, au lieu de venir de points éloignés, les excitations acnéogènes peuvent provenir des cavités immédiatement voisines, de la bouche, des dents, et être alors causes d'acnés *unilatérales*, si la lésion excitatrice est limitée à un côté. L'origine intranasale est un peu mieux connue : Arnozan — Des altér. de la peau du nez et des lésions des fosses nasales. Congrès méd. pour l'avanc. des sc., 1887 ; Carl Seiler, — 1887, Philadelph. Countr. med. Soc.; anal. franç. p. Brocq, *in Ann. de Dermat.*, 1888, t. XVIII, p. 570 — signalent l'action de la rhinite chronique dans la production de l'acné vulgaire et de l'acné rosée.

La prophylaxie et le traitement des acnés sont basés sur les conditions que nous venons d'indiquer; le médecin qui saura en poursuivre la recherche et en faire l'analyse exacte aura recueilli la meilleure source d'une thérapeutique efficace.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) De même que pour l'acné commune, nous déclarons que le pronostic de l'acné rosée n'est pas tout à fait tel que l'indique le texte courant. S'il est vrai que la suppression des causes des acnés vasculaires peut en amener la guérison, il est également certain que, dans des cas très nombreux, la maladie persiste ou reparaît aussitôt que le malade cesse un régime ou une intervention thérapeutique qu'il ne lui est pas possible de perpétuer. Enfin, quelques cas sont absolument rebelles. E. B. — A. D.

rrugineux, l'arséniate de fer, l'eau de Marienbad, de Franzensbad, e Kissingen, en boisson et en bains, les cures de lait et de petit-lait, hydrothérapie modérée, les bains de rivière (Vöslau), les bains de ner, le séjour des montagnes pendant l'été, un régime fortifiant. omme boisson, on donnera aux chlorotiques des vins généreux et de a bonne bière; contre la dyspepsie, les alcalins (bicarbonate de soude, hosphate de soude, carbonate de magnésie, ââ 10, sucre blanc et léo-saccharure de macis, ââ 15, mêlez; à prendre trois fois par jour, ne cuillerée à café), les eaux de Giesshübler, de Selter, etc. (1).

L'acné rosée légère se dissipe sous l'influence de l'amélioration de es affections générales.

Le traitement local a pour but de faire disparaître plus promptement la rougeur diffuse, les dilatations vasculaires, ainsi que les nodoités, et, en même temps, de masquer les rougeurs qui altèrent le isage. On obtient très bien l'affaissement des nodosités acnéiques ouges au moyen de l'application d'un emplâtre hydrargyrique bien dhérent, ou en étalant avec un pinceau, comme je l'ai indiqué pour le traitement de l'acné vulgaire, les pâtes sulfureuses, la teinture

---

(1) Le lecteur qui a pris connaissance de la note précédente peut se endre compte des principes généraux qui doivent le guider dans le raitement des malades atteints de l'une des variétés d'acné ci-dessus ndiquées. Sa thérapeutique, loin d'avoir rien de systématique, variera, u contraire, dans les plus larges proportions, selon celle des conditions pathogéniques ci-dessus visées qu'il aura découverte, et contre aquelle, en médecin, il sait ce qu'il doit faire. Il se rappellera surtout que les centres *digestifs* et *utérins* sont les plus ordinairement actifs, et il réglera, suivant les circonstances, non seulement le traitement des états pathologiques divers, mais encore l'hygiène de la fonction. Dans presque toutes les circonstances, la diète sévère, l'*eau pour boisson exclusive*, les dérivatifs sur les extrémités inférieures, et les révulsifs sur la surface entière du corps — frictions sèches, douches, sulfureuses *chaudes* — l'hydrothérapie athermale est presque toujours contre-indiquée — la liberté absolument assurée de la circulation des matières intestinales, et le rétablissement de la circulation normale dans la veine cave, seront les plus puissants moyens d'action; sans leur concours, on verra échouer toutes les médications locales, même les plus judicieuses et les plus énergiques.

Les médicaments *vasoconstricteurs*, qui semblent si bien indiqués théoriquement, ne nous ont donné que des résultats nuls ou douteux, que nous les ayons appliqués localement ou administrés à l'intérieur — nous visons ici surtout le perchlorure de fer, le tanin, l'ergot de seigle, la teinture d'Hammamelis virginica; — ils ne réussissent certainement pas employés seuls, et, quand ils sont appliqués concurremment avec une médication interne et une hygiène sévères, leur part d'action est très difficile à apprécier.

d'iode ou la glycérine iodée. Cette dernière mixture doit être étendue sur la peau huit à douze fois par jour dans l'espace de trois à quatre jours, après quoi on la recouvre avec du papier de gutta-percha. On peut encore employer les pâtes sulfureuses et l'emplâtre hydrargyrique seulement la nuit. Pendant la journée, ainsi que dans tous les cas où la peau est devenue rouge et squameuse, par suite de l'emploi d'une des méthodes irritantes que nous avons exposées, on aura recours à l'application des poudres et des cosmétiques que nous avons également énumérés, et de ceux que nous indiquerons plus tard. Contre les rougeurs intenses et diffuses, contre les dilatations vasculaires et les productions de nouveaux vaisseaux, enfin contre les nodosités volumineuses et dures, il faut recourir à des scarifications que l'on pratique en plusieurs séances, afin d'obtenir la destruction des vaisseaux. Pour cela, on fait un grand nombre de petites incisions superficielles et

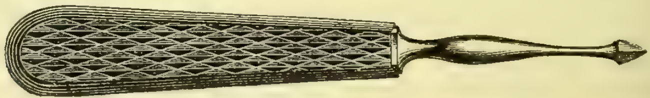


Fig. 29.

parallèles, avec un scalpel fin; ou bien on pique ces vaisseaux avec une aiguille, ou on les déchire par le grattage avec la curette. Pour cette opération, Th. Veiel a proposé un instrument composé de six lancettes disposées sur une monture que l'on fait mouvoir au moyen d'une vis. Le « scarificateur multiple » de B. Squire et celui récemment construit par Wolff, et un autre par Pick, ressemblent beaucoup à cet instrument, sauf qu'il est composé de petites lames courtes et fixes. Je préfère employer pour la scarification un simple scalpel fin ou la lancette à scarification proposée par Vidal, qui se distingue de celle de Hebra par l'absence d'arête transversale et un manche long et grêle; et, pour la sacrification ponctuée, l'aiguille (*Stichelnadel*) proposée par Hebra (Fig. 29), une forte aiguille en forme de lancette, à deux tranchants, dont la lame, longue de 2 millimètres, est pourvue d'une arête dorsale et à la base d'un rebord saillant (Abaptiston). Avec cet instrument, on pratique rapidement sur la peau malade de nombreuses piqûres; pour la scarification, on fait des incisions rapprochées et parallèles, puis d'autres perpendiculaires. Cette opération donne souvent lieu à une hémorrhagie abondante, que l'on arrête en comprimant avec de la charpie ou avec le coton de Bruns. Il faut éviter les applications de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer sur les surfaces vascularisées que l'on vient d'inciser. Quand on a eu recours au raclage avec la curette, la surface d'opération reste couverte de détritus de tissu qui prennent un aspect peu satisfaisant, mais qui sont éliminés en

quelques jours, par l'application de compresses froides, de pommade simple, d'emplâtre domestique ou d'emplâtre mercuriel. La surface des plaies apparaît alors revêtue d'un nouvel épiderme. Suivant le degré de l'acné rosée, il faut répéter la petite opération que nous venons d'indiquer pendant plusieurs semaines ou pendant plusieurs mois (1).

---

(1) Lorsque l'on a satisfait aux indications générales de la médication interne et de l'hygiène spéciale que réclament les acnés vasculaires, mais seulement alors, se pose la question du traitement local.

Dans les formes irritatives qui avoisinent l'eczéma stéatosique, les applications externes doivent être très réservées, très mesurées, surtout au début ; il faut être *prévenu* que beaucoup de malades sont essentiellement intolérants de toute substance irritante appliquée sur le visage, et ne supportent pas même les topiques les plus anodins. Si donc, le médecin qui est appelé à traiter une acné n'a pas appris cet art délicat et ingrat aux sources directes, c'est-à-dire dans les services hospitaliers consacrés à ces maladies, nous lui conseillons vivement, avant de se servir des préparations irritantes indiquées plus haut en grande profusion, de commencer modestement par des applications *anodines* durant le temps consacré à l'institution du *traitement général.*

Quand les moyens anodins joints à la médication générale, puis les topiques substitutifs, n'ont pas amené une amélioration suffisante, l'heure du traitement chirurgical est arrivée. Ce traitement consiste essentiellement dans les *scarifications multiples et réitérées* de la peau des parties atteintes, exécutées à l'aide des aiguilles à scarifier employées pour le lupus — voy. plus loin, — mais que l'on peut faire avec tout bistouri fin, entouré jusqu'à 5 ou 6 millimètres de la pointe.

Ces scarifications doivent entamer l'épaisseur du derme, *mais ne pas dépasser sa face profonde*, condition absolue pour *éviter les cicatrices*, inévitables sans cette restriction, et qui sont amèrement reprochées plus tard à l'opérateur par le patient ; ici encore, nous recommandons la plus grande prudence.

Le bistouri, ou le scarificateur, doit être mené bien perpendiculairement à la surface de la peau, et les incisions aussi rapprochées les unes des autres que possible, puis croisées, dans les mêmes conditions, de façon à représenter les *hachures ordinaires du dessin élémentaire aussi régulièrement losangiques que possible.* On commencera par la partie *inférieure* de la surface à scarifier, pour n'être pas gêné par l'écoulement en nappe du sang qui se produit très abondant, et aussitôt qu'on a scarifié un département de 1 ou 2 centimètres, on le recouvre d'un carré de coton hydrophile que l'on maintient de la main gauche, tandis que la main droite poursuit la scarification au-dessus et à côté.

Quand on scarifie des surfaces pourvues de grosses varicosités, on peut d'abord faire des scarifications alignées perpendiculairement à l'axe des varicosités, puis couvrir la région d'un réseau de hachures losangiques ordinaires. En quelque abondance que se soit produite la nappe hémorrhagique, quelques instants de compression ouatée suffisent à la réprimer. Le premier pansement immédiat se fait très simple-

Quant aux difformités qu'entraîne l'acné rosée du troisième degré, on ne peut les faire disparaître que par excision, par abrasion au moyen du bistouri, par enlèvement par couches des nodosités et des excroissances, ou bien par la ligature des nodosités proéminentes, suivant les procédés chirurgicaux ordinaires. Il faut s'attendre à d'abondantes hémorrhagies provenant des veines volumineuses, que l'on combattra par les procédés usuels, à l'aide d'un pansement compressif de charpie.

---

ment et très avantageusement avec des plaquettes de coton hydrophile imprégnées d'eau froide et étanchées. Au bout de quelques minutes, il ne suinte plus que de la sérosité, dont l'écoulement cesse bientôt, et que l'on peut enlever avec un linge fin ou avec du papier de soie. Ces soins ne sont pas inutiles pour la rapidité de la réunion par première intention. Pendant les jours qui suivent, quelques malades ont un peu de tension de la peau et de rougeur, et nous avons l'habitude de les engager à appliquer pendant deux ou trois nuits, sur les surfaces scarifiées, des cataplasmes froids de fécule de pomme de terre très soigneusement exécutés et maintenus ; aucune application n'est nécessaire pendant le jour.

En moyenne, on peut renouveler les séances de scarification toutes les semaines.

Ces petites opérations sont *douloureuses*, mais supportables, et elles ne réclament ni anesthésie locale ni anesthésie générale ; nous ne consentons à l'anesthésie locale que si elle est exigée par le patient, ou nécessitée par sa pusillanimité ; mais elle gêne très notablement la régularité et la précision de l'opération si elle est obtenue par les réfrigérants. Quant à l'anesthésie de larges surfaces par les injections sous-cutanées de cocaïne, ses difficultés d'application au visage, les inconvénients qui y peuvent être attachés, en rendent l'application impraticable à l'hôpital, où les malades à scarifier sont nombreux.

Le service rendu par ces scarifications est très éclatant dans les acnés *variqueuses;* mais nous avertissons que, dans les formes congestives, il faut des opérations très multipliées, et que, chez beaucoup de malades, soit que les causes continuant à agir, la maladie se reproduise, soit que le réseau vasculaire profond échappe aux moyens d'action, le résultat définitif est nul.

Depuis quelques années, l'*électrolyse* est employée dans le traitement de ces formes d'acné ; mais toutes les réserves que nous avons faites à propos des scarifications s'appliquent à l'électrolyse.

Quand les scarifications *profondes*, nécessaires pour les acnés hypertrophiques et pour le rhinophyma, sont insuffisantes, la scarification électro-caustique devient indiquée.

Enfin, dans les grandes déformations hypertrophiques, la résection chirurgicale convenablement opérée représente le meilleur mode d'action, et le plus assuré. Les beaux exemples de restauration admirable ne se comptent plus aujourd'hui ; on en trouve, dès le commencement de ce siècle, dans les annales de la chirurgie française. -

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Sycosis, signification, pathologie et thérapeutique. — Sycosis parasitaire. Impétigo, Ecthyma, Impétigo herpétiforme.

SYCOSIS (1)

L'acné mentagre, folliculite de la barbe (Kœbner), *Bartfinne*, est une maladie chronique qui se développe sur les points de la peau qui sont pourvus de poils serrés et épais, dans laquelle il se forme des papules, des nodosités et des pustules inflammatoires, dont chacune est traversée à son sommet par un poil (2), ainsi que des infiltrats inflammatoires étendus, avec production de pus et de croûtes, et quelquefois des excroissances papillaires et mamelonnées (3).

Voy.: Description de plusieurs tumeurs « carcinomateuses » (le mot n'avait pas à cette époque la signification qu'il comporte aujourd'hui, et la lecture des observations témoigne qu'il s'agit bien de rhinophyma) situées sur le nez et aux environs, et extirpées avec succès par M. Civadier, *in Mémoires de l'Acad. roy. de Chirurgie*, t. III, édition de 1819, avec planches. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Sycosis, — de σῦκον, figue, soit par comparaison entre les grosses tumeurs folliculaires et ce fruit, soit plutôt à cause de l'analogie positive que présente parfois l'état grenu, ou granité, des folliculites pilaires agminées en plaques, avec la *coupe* ou la *surface de déchirure* d'une figue. E. B. — A. D.

(2) Le fait d'être traversé par un poil, follet ou non, n'implique pas nécessairement la nature sycosique d'un élément éruptif : l'eczéma, l'ecthyma, l'impétigo, l'acné, le purpura, peuvent donner, et donnent, en fait, souvent lieu à des lésions élémentaires centrées par un poil; d'autre part, les plaques de sycosis, dans leur plus complet et réel développement, peuvent avoir perdu complètement le caractère indiqué, par suite de la chute du poil. E. B. — A. D.

(3) Le sycosis, ainsi que la mentagre qui n'en est qu'une variété topographique (sycose mentonnière), considéré comme *genre* dermatologique, n'a plus l'importance que lui avaient donnée les anciens auteurs, surtout depuis la découverte de la nature parasitaire du plus grand nombre des cas de cette affection. Cela est à tel point, que la dénomination de sycosis, appliquée *sans qualificatif* à une affection, ne constitue pas un diagnostic positif.

D'autre part, ainsi que l'a très justement montré Hardy, on rapporte très fréquemment au sycosis diverses lésions qui doivent être rendues à l'eczéma. Si l'on ajoute à cela que l'on a, en outre, souvent confondu (la chose est, en effet, plus d'une fois ambiguë) l'acné avec le sycosis, on comprendra combien d'obscurités ont dû s'accumuler autour de ce mot. Le lecteur qui voudra pénétrer au cœur même de cette question,

Le siège le plus fréquent de cette affection est sur les parties velues de la face, par conséquent sur les joues, le menton et la lèvre supérieure, plus rarement sur les sourcils, la région des fosses nasales où

---

inextricable dans les errements anciens, n'a qu'à lire le savant article : *Mentagre*, écrit par Bazin pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Un premier point doit être fixé : le mot sycosis veut dire folliculite pilaire *profonde*, et, le plus ordinairement, périfolliculite des régions où les follicules pileux prédominent, c'est-à-dire des régions qui contiennent des poils à développement complet : cuir chevelu, face chez l'*homme* adulte, régions pilaires des organes génitaux. Cela élimine : 1° les acnés — inflammations intrinsèques et périphériques des follicules sébacés et des follicules sébacéopilaires — dans lesquelles le poil reste à l'état de duvet ou de poil follet; 2° toutes ces lésions superficielles dans lesquelles une pustule ou une papulo-pustule se développe dans la zone supérieure à l'embouchure de la glande sébacée, en dehors de l'appareil pilaire propre.

Il est nécessaire d'ajouter que la délimitation entre l'eczéma pilaire, l'acné pilaire et le sycosis, en fait très positive, demeure souvent difficile à fixer. S'il est certain que l'acné pilaire ne coïncide pas fréquemment — cela est remarquable, et a été remarqué — avec le sycosis, celui-ci émane parfois directement d'un eczéma pilaire, dont il devient en quelque sorte un résultat éventuel, une complication, de sorte que l'on peut distinguer dans le sycosis les variétés *primitives*, et les *secondaires;* le sycosis trichophytique constituant le type des sycosis primitifs, et le sycosis post-eczématique ou l'eczéma sycosique — pilaire profond — constituant le type des secondaires. Nous ne voudrions pas nier le sycosis *simple d'emblée*, mais nous le croyons fort rare. Pour les cas où, dans les *récidives* d'un sycosis, autrefois post-eczématique, on voit la maladie débuter par des « folliculites d'abord disséminées, puis agminées, sans qu'il apparaisse d'eczéma bien caractérisé » — W. Dubreuilh, Deux cas de sycosis non parasitaire, *in Ann. de la polycl. de Bordeaux*, 1889, p. 113, — nous considérons l'interprétation du processus comme ne pouvant pas encore être jugée définitivement à l'aide des données de la clinique seule. Un complément d'information histologique et bactériologique est nécessaire. Ces malades à sycosis perpétuel sont des *eczémateux;* ils ont des manifestations eczématiques sur d'autres points du corps, ou même à la barbe; ils ont en permanence un état microbique latent et des poussées éventuelles de sycosis secondaire, pyo-bacillaire.

En fait, dans le langage dermatologique actuel, le terme de *sycosis* est peu employé; on ne l'applique qu'aux affections pilaires de la région velue de la face chez l'homme. Pour le cuir chevelu, les termes de *Kérion*, et surtout de *folliculites* sont à peu près seuls usités; pour le reste du corps, la dénomination de folliculite prédomine manifestement.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

existent les poils du nez, la partie pileuse du creux de l'aisselle, le mont de Vénus et le cuir chevelu.

Dans le sycosis de la face, il se développe sur une joue ou sur différentes parties de l'une ou des deux joues, simultanément, un certain nombre de nodosités et de pustules isolées, rouges, inflammatoires, douloureuses, dont chacune est traversée par un poil. Quand on arrache ce poil avec une pince, les gaines de sa racine paraissent épaissies, soufflées comme une ampoule de verre, imbibées de pus, et il n'est pas rare de voir une gouttelette de pus sortir du follicule ainsi ouvert. Cette affection devient alors du sycosis par le fait de la marche qu'elle affecte, c'est-à-dire qu'un certain nombre de ces nodosités suppurantes s'ouvrent, se couvrent de croûtes et laissent après elles des pertes de substances auxquelles succèdent des cicatrices, tandis que, dans leur voisinage, il survient de nouvelles nodosités qui suivent la même marche; enfin, un dernier caractère du sycosis, c'est que cette succession de phénomènes se renouvelle constamment d'une manière chronique.

C'est ainsi que l'affection s'étend pendant une période de plusieurs années sur les joues, le menton, la lèvre supérieure. La joue a un aspect irrégulièrement gonflé, épaissi, bosselé, elle est en certains endroits recouverte de croûtes, ou de pustules disséminées ou confluentes, ou bien elle est rouge, squameuse, ou humide et suintante; les poils, au niveau des points atteints, tombent ou s'arrachent facilement. Les nombreuses cicatrices qui se produisent dans cette affection et les dénudations qui se font dans la barbe, pour ainsi dire rongée, augmentent encore la déformation et la laideur du visage qui résultent déjà de la présence des nodosités, des pustules et des croûtes dont nous avons parlé. A cet état douloureux de la face, à la gêne et à l'ennui qui en résultent pour les malades, viennent parfois se joindre des abcès et des furoncles plus ou moins volumineux. Il faut noter, en outre, comme particularité spéciale à cette affection, des plaques de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs en argent, formées par des végétations papillaires, mamelonnées, saillantes, de 2 à 4 millimètres de hauteur, rouges, suintantes, saignant facilement, dont le produit de sécrétion visqueux se dessèche en croûtes épaisses. Ces plaques se trouvent dans la dépression de la lèvre ou du menton, sur ce dernier, ou plus rarement sur les joues; à leur niveau, les poils ne sont plus adhérents.

La marche du sycosis est absolument chronique. Il peut se passer dix à quinze ans, et même davantage, avant que la maladie ait gagné les deux joues et atteint la région temporale; cependant, il y a aussi des cas où la maladie a une marche plus accélérée.

Le sycosis localisé sur d'autres points que ceux que nous venons d'énumérer présente, en réalité, les mêmes symptômes.

Aux sourcils, l'affection est isolée ou bien elle est liée à une blépharo-adénite et au sycosis du reste de la face. Le sycosis de la muqueuse nasale est ordinairement associé à celui de la lèvre supérieure. Dans le creux de l'aisselle (1) et à la région pubienne, ainsi que sur le cuir chevelu, le sycosis provient généralement d'une inflammation eczémateuse. Cependant il y a aussi des cas, mais ils sont rares, où l'on trouve,

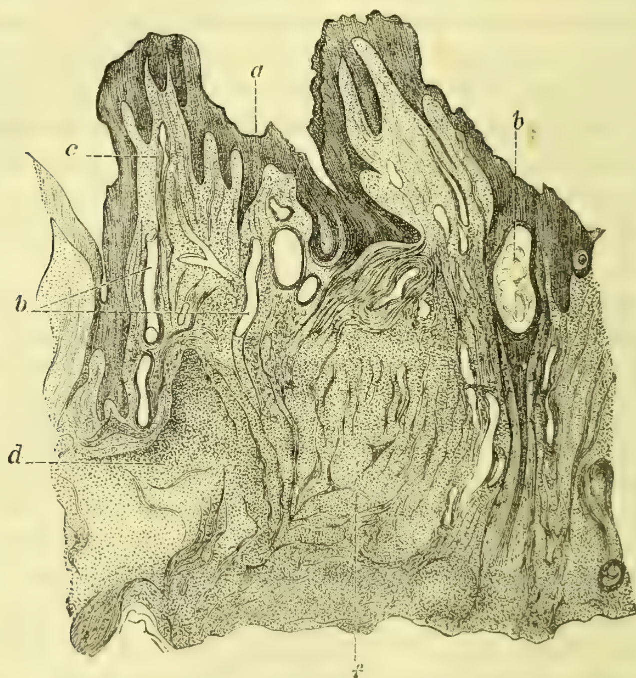


Fig. 30.

Coupe verticale d'une dermatite papillaire du cuir chevelu.

a épiderme hypertrophié recouvrant les papilles *c*, qui ont poussé des prolongements dendritiques. — *b* vaisseaux énormément dilatés. — *d* dépôt épais de cellules dans le chorion (infiltration inflammatoire). (Faible grossissement.)

à l'état d'affection idiopathique, le sycosis du cuir chevelu avec le renouvellement indéfini de tubercules et de pustules, et avec l'infiltration douloureuse de la peau.

Je dois signaler ici une forme particulière que j'ai décrite sous le nom de dermatite papillaire du cuir chevelu (1869). Dans cette affection,

---

(1) Le sycosis, même secondaire à l'eczéma, n'est pas habituel à l'aisselle; la péri-adénite sudorale y est plus commune.

E. B. — A. D.

il se forme, en premier lieu à la nuque, à la limite de la nuque et des cheveux, des élevures grosses comme une tête d'épingle, d'abord isolées, mais qui plus tard deviennent confluentes, puis arrivent à se confondre en plaques très dures, pâles ou rougeâtres, ressemblant à des cicatrices kéloïdiformes, saillantes, en forme de plateau, sur lesquelles les cheveux paraissent serrés les uns contre les autres, en aigrette, tandis que d'autres points semblent complètement dépilés. Sur ces plaques, les cheveux sont atrophiés, ils s'arrachent très difficilement, s'allongent et cassent. Les nodosités *crient* sous le bistouri et saignent ensuite à la surface de section par de nombreux points. Çà et là, on voit quelques petites pustules.

L'affection débute, en général, sur la limite du cuir chevelu et de la nuque, d'où elle remonte sur l'occiput, et parfois jusque sur le sommet du crâne, où je l'ai vue circonscrite. Dans la région occipitale, au cuir chevelu, il se forme des végétations papillomateuses hautes de 2 à 3 centimètres, fournissant un liquide nauséabond, couvertes de croûtes, saignant facilement et qui tombent partiellement par le fait de la production intercurrente d'abcès dans leur épaisseur.

Ces productions sont constituées par des excroissances papillaires extrêmement vasculaires, et, sous le rapport anatomo-microscopique, ressemblent tout à fait à des granulations. Elles se rétractent dans l'espace de plusieurs années, en se transformant en tissu cellulaire sclérotique (Fig. 31, *a*); il en résulte une atrophie étendue des follicules pileux et, par conséquent, la calvitie, tandis que, sur d'autres points, les cheveux, qui persistent encore, sont comprimés, refoulés les uns contre les autres en forme d'aigrette et très serrés (1).

---

(1) Le fait de végéter sur le type papilliforme, papillaire, ou papillomateux, ne saurait individualiser une affection quelconque sur le cuir chevelu, où, par la constitution même de la couche supérieure du chorion, les irritations les plus diverses, les « dermatites » les plus variées, végètent *papillairement*.

Le plus communément, les proliférations *acuminées* du cuir chevelu, secondaires à des états pathologiques préexistants, eczéma, plaies diverses, etc., des dimensions les plus variées, ne subissent que des régressions pyogéniques partielles. Elles n'ont pas été précédées régulièrement par des pustules, et elles ne comportent pas, même dans les cas de lésion très étendue, l'exsudation croûteuse, le liquide nauséabond, etc., qui entrent dans la description de l'auteur.

Ces dernières remarques ont été faites par H. Hervouet à propos d'un cas d'hypertrophie papilliforme du cuir chevelu observé par lui. — Voy. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 421.

Quant aux « petites pustules » et aux lésions alopéciques et cicatricielles, elles appartiennent aux *acnés* dépilantes, cicatricielles, chéloïdiennes.

Cette affection a été décrite et représentée par Alibert, sous le nom de Pian ruboïde; il l'identifie avec la syphilis; de son côté, Rayer la désigne sous le nom de sycosis du cuir chevelu. Cette manière de voir est partagée par Hebra, qui avait donné à cette variété le nom de sycosis frambœsiforme. Je crois avoir démontré non seulement que cette maladie n'a rien de commun avec la syphilis, mais encore qu'elle ne provient pas de pustules folliculaires, et que, par conséquent, ce n'est pas du sycosis, mais bien une maladie inflammatoire idiopathique.

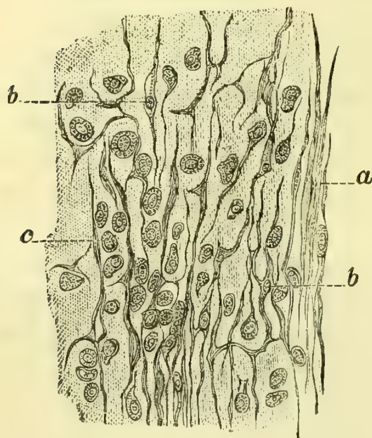


Fig. 31.

Partie de chorion enflammée dans la dermatite papillaire.

(Fig. 30 *d*). — *c* cellules arrondies. — *b* cellules ayant un ou plusieurs prolongements. — *a* cellules analogues disposées en forme de fibres.

La Kéloïde acnéique de Roger (1) est sans doute identique à la maladie décrite ici. Mais cette dénomination ne convient que pour la période terminale du processus.

Le sycosis parasitaire (Bazin), qui, comme aspect extérieur, ressemble beaucoup au sycosis ordinaire, mais qui s'en distingue par le développement aigu de végétations mamelonnées, fendillées, phymatoïdes, souvent entourées de cercles rouges et squameux, végétations siégeant sur les joues (Köbner, Kaposi, Lewin, etc.) ou sur le cuir chevelu (Auspitz, Lang), le sycosis parasitaire, dis-je, est produit par un champignon qui est le même que

---

— Voy. plus loin l'*Appendice des traducteurs*, — et aux folliculites dépilantes dont nous traiterons dans les notes relatives aux *alopécies*.

Une seule fois, nous avons rencontré une affection végétante généralisée du cuir chevelu, en voie d'activité, avec ichor abondant et fétide, croûtes, etc., dont il nous a été impossible de déterminer la nature. Mais, dans une série d'autres cas semblables, il a été démontré que l'on était en présence de cas de *favus* compliqué d'eczéma suintant et végétant, ou de *trichophytie* ayant évolué dans des conditions particulières d'incurie. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce que l'auteur rapporte à Roger — Acné-Kéloïd. *Path. Soc. of London*, Apr. 1884, *in Brit. med. Journ.*, 1884; anal. allem. p. Finger, *in Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.*, 1885, p. 326 — appartient à Bazin. Nous en avons, nous-mêmes, donné la description longtemps auparavant. — Voy. *Traduct. franç. de* Kaposi, 1re édit., t. II. p. 36, note 1, 1881. — Voyez aussi, plus loin, l'*Appendice des traducteurs*.

E. B. — A. D.

celui de l'herpès tonsurant; nous nous en occuperons à l'occasion de cette dernière maladie.

D'après les symptômes que nous avons décrits, le diagnostic du sycosis n'est pas difficile à établir. L'infiltration inflammatoire et la production de pustules, avec le défaut d'adhérence des poils et le gonflement des gaines de leurs racines, le caractère de chronicité de la maladie qui se manifeste par la présence simultanée, les unes à côté des autres, de pustules récentes et de pustules en voie de régression ou de cicatrisation, ainsi que par des cicatrices et des surfaces entièrement dépilées, tels sont les symptômes auxquels on reconnaîtra le sycosis (1). Mais, comme le lupus et la syphilide tuberculo-ulcéreuse des joues, des lèvres et de la muqueuse nasale, s'accompagnent également de la formation de croûtes et de cicatrices, voire même de végétations papillaires,

---

(1) En réunissant sous le terme commun de *sycosis* les affections chroniques des régions pilaires qui donnent lieu à de l'infiltration inflammatoire, à des pustules centrées par des poils, au gonflement des gaines, à de l'alopécie définitive simple ou cicatricielle, on laisse subsister une confusion que nous avions essayé de dissiper dans les notes de la première édition de cette traduction.

Trois affections principales, en effet, sont à distinguer dans ce groupe symptomatique: *a*) l'eczéma pilaire chronique; *b*) les acnés pilaires cicatricielles et dépilantes; *c*) le sycosis.

a) *Eczéma pilaire chronique.* — Alors qu'il est ancien, et entretenu par des irritations liées à sa localisation, à un état diathésique, peut-être à la présence d'éléments parasitaires non encore déterminés, l'eczéma peut donner lieu à des répétitions indéfinies de pustules pilaires, à l'infiltration des gaines de la racine, à l'alopécie momentanée ou définitive, à la déviation des poils, sans dépasser l'étage épidermique et sans s'accompagner de dermite interstitielle. Quelquefois, au contraire, la limite est dépassée, et un sycosis véritable, par propagation, s'établit *secondairement*, mais ce n'est pas l'ordinaire.

Même dans les cas anciens, on ne trouve que des plaques légèrement saillantes, avec *infiltration* inflammatoire de la zone papillaire; mais, même dans ces cas, on pourra toujours reconnaître, après avoir enlevé les croûtes, coupé les poils ou épilé la région, que le derme reste souple, non vraiment induré. Jamais cette plaque eczémateuse n'a, en réalité, ni l'aspect, ni les proportions des plaques grenues, indurées, saillantes, constituées par l'agglomération des péri-adénites tubaires du sycosis, formant un conglomérat d'abcès miliaires, tumeur comparable à la section d'une figue, montrant des grains perforés qui laissent, à la pression, suinter des gouttelettes de pus par ces orifices multipliés et juxtaposés.

b) *Acnés pilaires dépilantes*, *cicatricielles*, etc. — Ces affections, que nous allons esquisser plus loin, — voy. l'*Appendice des traducteurs*, — sont à la fois distinctes de l'*eczéma pilaire*, qui est, comme elles,

on devra, dans les cas douteux, tenir compte des caractères de ces dernières. Les signes distinctifs sont, pour le lupus, les tubercules primaires, pour ainsi dire enclavés dans les tissus et ne disparaissant pas sous la pression du doigt (1); pour la syphilis, les bords de l'infiltrat sont durs, nettement tranchés, ou bien il existe un ulcère caractéristique, douloureux.

Le sycosis permet un pronostic favorable, puisque la maladie peut guérir et que, même quand on ne lui oppose aucun traitement, en dehors de la lésion locale, elle n'entraîne après elle aucune altération grave. Spontanément, le sycosis ne disparaît que très tardivement, après des années et après avoir détruit une grande quantité de follicules. Mais le sycosis de la muqueuse (2) nasale et du cuir chevelu est extrêmement difficile à guérir.

Dans certains cas, un eczéma local peut être considéré comme la cause du sycosis ordinaire, en ce que la folliculite se développe par le fait même de la prolongation ou de l'excès du processus phlegmasique.

---

superficiel, mais qui n'est dépilant que temporairement, ou avec une extrême lenteur, et qui n'est jamais cicatriciel; et du *sycosis*, dont elles n'ont pas la disposition agminée, la localisation profonde, etc. Il n'y a pas à dissimuler qu'il existe des faits mixtes et des cas de transition; que la distinction est parfois laborieuse ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas séparer ce que l'on peut distinguer et ce qui est, en fait, différent sous le rapport du pronostic et du traitement.

c) *Sycosis.* — Ce terme ne s'applique exactement qu'aux *folliculites sébacéopilaires tubaires agminées*, angiofolliculites en plaques, avec dermite interstitielle, et aux *adénopéri-adénites pilaires profondes*, pyo-bacillaires, primitives ou secondaires, trichophytiques, ou dues à des éléments parasitaires encore inconnus.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La différenciation du sycosis avec le lupus érythémateux *typique*, aussi bien qu'avec le lupus de Willan, ne présente aucune difficulté, alors même qu'il occupe la barbe ou une autre région velue. Mais il existe des formes *atypiques* de lupus érythémateux sébacéopilaire et pilaire, et des affections lupoïdes et sycosiformes encore indéterminées — acné pilaire profonde érythémateuse, atrophique, dépilante, lupoïde (sycosis lupoïde), etc. — dont le diagnostic est difficile. Voy. le remarquable travail de Brocq, intitulé « Des folliculites et périfolliculites décalvantes », *in Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 1888, p. 399.

C'est surtout aux notes du lupus et du favus que nous aurons à revenir sur ce point, qui sera également touché plus loin dans l'*Appendice* à la suite du sycosis. E. B. — A. D.

(2) Nous n'admettons pas de sycosis de la *muqueuse* nasale, mais seulement de la *peau* des fosses *narines;* même dans ce cas, il ne s'agit d'ordinaire que de pseudo-sycosis, d'*eczéma pilaire*.

Cela a lieu en particulier pour le sycosis de la muqueuse nasale et de la lèvre supérieure (1), lequel a son origine dans le coryza chronique, pour le sycosis du cuir chevelu, du creux de l'aisselle et de la région pubienne. Mais, le plus souvent, le sycosis de la barbe survient d'une façon idiopathique, sans aucune cause appréciable. Aussi a-t-on cru pouvoir l'attribuer à toutes sortes de dyscrasies supposées, à un refroidissement, à l'influence d'une alimentation spéciale, à l'emploi d'un rasoir émoussé et à d'autres causes encore, mais qui n'ont pas plus de valeur les unes que les autres (2).

On a prétendu que la mentagre pouvait se développer par le fait de la contagion, et cela depuis Pline, d'après le récit duquel la maladie a été introduite de l'Égypte à Rome, où elle a été propagée par l'usage, en vigueur à cette époque, des embrassements, et serait ainsi devenue épidémique. Mais il est plus que probable que cette mentagre ou *ficositas* était constituée par des condylomes syphilitiques, plaques muqueuses, ce qui expliquerait d'autant mieux leur contagiosité (3).

Mais cela n'a guère qu'un intérêt historique. Le sycosis dans le sens de Celse et des auteurs modernes, tel qu'on l'entend depuis Bateman, passait, en général, pour ne pas être contagieux ; ce n'est qu'en 1842, lorsque Gruby signala la présence d'un champignon dans la mentagre,

---

(1) Voy. les notes 1 des pages 663, 668, 766. E. B. — A. D.

(2) La banalité apparente de cette étiologie découle directement de la confusion, qui est faite, d'affections différentes sous la même dénomination de « *sycosis* ».

S'il s'agit seulement d'eczéma *sycosiforme*, de pseudo-sycosis vrai, toutes les causes irritantes peuvent parfaitement être invoquées, chez les sujets prédisposés.

Pour le sycosis, la condition étiologique la plus directe est la présence du trichophyton, quelque difficulté qu'il y ait parfois, aux périodes avancées de l'affection (en âge ou en degré d'évolution), à en faire la démonstration.

Dans les autres cas, le sycosis reconnaît pour causes habituelles un eczéma pilaire ancien ou irrité ; il se relie à diverses infections *secondaires*, microbiennes, bacillaires — Sycosis dû aux cocci pyogènes — Sycosis pyo-bacillaire. — Voy. Max Bockhart, Uber sekundäre Infektion (Mischinfection) bei Harnröhrentripper, *in Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1887, p. 863, etc. — O. Rosenthal, Beitrag. z. Ætiol. and z. Behandlung der Syc. vulg., *Deutsche med. Wochenschr.*, 1889, n° 23. — Tommasoli, Ueber bacillogene Sykosis, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. VIII, n° 11. E. B. — A. D.

(3) Cette supposition préjuge la démonstration de l'existence de la syphilis à l'époque romaine ; elle n'altère en rien la probabilité de la nature trichophytique de la maladie des chevaliers romains.

E. B. — A. D.

et quand Bazin eut démontré l'existence d'un sycosis parasitaire, c'est alors seulement que la question de la contagion de cette affection a été de nouveau agitée. Köbner l'a tranchée définitivement (1) en montrant que la contagiosité n'existe réellement que dans cette forme spéciale qui, à proprement dire, appartient à l'herpès tonsurant, — le sycosis parasitaire, — qui aussi, comme on l'a vu cette année (1886), à Berlin et à Leipzig, peut survenir par petites endémies, — et non pour le sycosis vulgaire ou folliculite de la barbe.

Cette affection apparaît ordinairement d'une manière idiopathique et peut être déterminée par certaines conditions anatomiques.

Ainsi que l'ont démontré G. Simon et Wertheim, chaque nodosité de sycosis représente un abcès d'un follicule pileux. Si on arrache le poil, on voit que l'enveloppe du bulbe est distendue par du pus et en même temps il sort du follicule une gouttelette de pus. Le tissu interfolliculaire, le derme et les papilles présentent un état d'infiltration inflammatoire et, accidentellement, ces dernières s'hypertrophient. Il n'est pas impossible de rattacher le développement de l'inflammation à une reproduction énergique des poils, puisque le poil de nouvelle formation se presse contre l'ancien dans le fond du follicule, dont il irrite mécaniquement la paroi. En fait, on voit souvent deux poils dans le même follicule, et très souvent aussi on rencontre le sycosis chez des individus qui ont la barbe très épaisse. Wertheim attribue l'irritation à ce que le diamètre du poil est trop gros relativement à celui de son follicule.

Il n'est pas rare de voir se former, au milieu de l'infiltration diffuse des tissus, des abcès du derme et des glandes sébacées.

Dans le sycosis parasitaire, le microscope permet de reconnaître, entre les éléments du poil et les enveloppes de son bulbe, l'existence du trichophyton.

Dans le traitement du sycosis, il faut que le malade et le médecin apportent tous deux la même exactitude aux soins minutieux que ce traitement nécessite. Dans les cas où ces conditions sont bien remplies, un sycosis étendu et datant de plusieurs années peut être complètement guéri dans l'espace de trois semaines à trois mois, tandis que, dans le cas contraire, on attendrait vainement la guérison (2).

---

(1) Köbner a reconnu la priorité de Bazin. E. B. — A. D.

(2) Il est absolument essentiel de *diviser* le traitement du « sycosis » selon les espèces et variétés du genre ; aucune formule générale ne peut être proposée utilement. Les indications doivent être précisées selon qu'il s'agit de sycosis secondaire ou de sycosis primitif.
E. B. — A. D.

Un sycosis de la barbe, encore peu avancé dans son développement, peut être guéri en conservant la barbe, si l'on a soin d'ouvrir les pustules encore peu nombreuses, d'arracher les poils malades et d'enduire largement la partie atteinte avec des pommades simples jusqu'à ce que les points excoriés soient guéris.

Quand la maladie occupe une certaine étendue et dure déjà depuis un certain temps, il faut sacrifier la barbe. Tout d'abord, on la taille très courte, puis on applique l'onguent diachylon étendu sur de la toile, que l'on maintient ensuite avec des bandes de flanelle, de l'emplâtre salicylé ou de la toile de caoutchouc, sur les joues et sur la lèvre supérieure, pour ramollir les croûtes. Après douze à vingt-quatre heures, on les enlève à l'aide du savon, puis on pratique la rasure, opération peu douloureuse si elle est faite par une main habile, munie d'un bon rasoir.

La surface lésée est alors parfaitement visible, elle est d'une rougeur diffuse, infiltrée, couverte de nombreuses pustules, sur certains points suintante ou saignante, et un peu douloureuse au toucher. Il est, à ce moment, nécessaire de procéder à une troisième opération : c'est l'épilation, que Wertheim a le premier (1) recommandée, opération à l'aide de laquelle on extrait les poils malades et qui facilite l'issue du pus hors des follicules. On place le malade sous un bon éclairage ; le médecin, debout ou assis en face de lui, tend avec les doigts de la main gauche la partie qu'il se propose d'épiler, et, saisissant de la main droite une pince à cils entre le pouce, l'index et le médius, comme il ferait d'une plume à écrire, il arrache les poils un à un, en les attirant dans leur direction naturelle. Pour cela, on appuie la main droite sur la peau au moyen du petit doigt, et, à mesure que l'on arrache un poil, on le dépose immédiatement sur la peau, sans que la main se déplace. En agissant ainsi, l'opérateur a l'avantage de conserver toujours la même direction pour extraire les poils les uns après les autres, et d'en arracher rapidement vingt à trente sans se reprendre ; on absterge de temps à autre, on accorde au malade un petit instant de repos, puis on

---

(1) Samuel Plumbe, 1824, a précisé nettement le traitement du sycosis, tel qu'il pouvait être compris à cette époque : épilation et scarification. Quant à la régularisation, à la vulgarisation de l'épilation comme moyen général de traitement des affections trichophytiques, c'est surtout à Bazin qu'il en faut faire honneur. Depuis, l'épilation a été plus généralisée encore par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et nous-mêmes, en particulier, l'avons proposée, adaptée et démontrée applicable à la *totalité* des affections profondes, tenaces, anciennes, parasitaires ou non, du système pilaire.

E. B. — A. D.

continue l'épilation. Le premier jour, on ne fera qu'une courte séance, parce que certains malades, n'ayant pas l'habitude de ces petites opérations, sont bientôt excités, énervés, quelques-uns même se trouvent mal. Le second jour, on peut déjà procéder sans hésitation ; en effet, lorsque c'est une main exercée qui pratique l'épilation, la douleur est très faible, précisément parce que les poils ne tiennent plus (1). Après l'épilation, s'il survient une vive inflammation, on applique des compresses froides, de liqueur de Burow (10 p. 100), pendant une ou deux heures, puis on panse avec l'onguent diachylon ou l'onguent de vaseline et de plomb.

On continue chaque jour régulièrement les lavages avec le savon ou l'esprit de savon, puis la rasure, l'épilation et les applications de pommade émolliente. On pratique l'épilation régulièrement en avant, et non pas tantôt sur un point, tantôt sur un autre; la région qui a été bien épilée a, dès le lendemain, un meilleur aspect, elle est plus plane, plus blanche, plus pâle, elle présente moins de pustules; aussi le malade consent-il avec confiance à continuer le traitement.

En procédant ainsi, on peut, pour un sycosis des deux joues, terminer complètement l'épilation générale en deux à trois semaines (2), et l'on n'a plus ensuite à extraire que quelques rares poils disséminés. Lorsque la peau est partout molle et souple, qu'il n'apparaît plus nulle part de nouvelles pustules et que les poils, qui repoussent constamment, paraissent solidement implantés, alors le sycosis est guéri. Il ne reste plus qu'à faire usage de poudres et de pommades anodines, comme après la guérison de l'acné.

---

(1) L'épilation ne peut être exécutée avec une habileté réelle que par ceux qui en ont appris la pratique, d'ailleurs peu difficile; la durée des séances est déterminée par l'adresse de l'épileur, le degré de tolérance de l'opéré et l'étendue des régions atteintes. Quand les parties à épiler ont été convenablement préparées par les applications émollientes, les douches de vapeur, les onctions belladonées, les fomentations avec les solutions de cocaïne, etc., l'avulsion des poils peut être faite sur de grandes surfaces sans cruauté, dans un délai relativement court, et avec grande simplicité. Quelques applications anodines suffisent pour effacer la dermite spéciale superficielle (épidermite miliaire d'épilation) que l'on observe consécutivement chez la plupart des malades.

E. B. — A. D.

(2) Nous ajoutons que quelques sujets éprouvent, par le fait de l'épilation, une périfolliculite aiguë si vive, des indurations en plaques tenaces, que l'on doit renoncer, *dans ces circonstances*, à l'épilation. Mais, nous le répétons, ces faits sont exceptionnels; il suffit de les connaître pour ne pas insister si les résultats immédiats sont défavorables.

E. B. — A. D.

Cependant, il faut que la barbe soit régulièrement rasée au moins pendant un an à partir de ce moment; car, en général, le sycosis se reproduit lorsqu'on laisse la barbe pousser. Ce n'est ordinairement qu'au bout d'un an que l'on peut essayer avec des chances de succès de laisser croître la barbe (1).

Dans beaucoup de cas, outre le traitement régulier que nous avons exposé, il est encore nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens. Il faut ponctionner ou scarifier certains points indurés, infiltrés; c'est après cette petite opération seulement qu'ils s'aplanissent et deviennent pâles; on enlèvera en les raclant avec la curette les portions de peau qui sont détachées et qui saignent abondamment; enfin, on ouvre les plus gros abcès (2). Quand de nombreuses éruptions de pustules se reproduisent avec opiniâtreté, ou lorsqu'il reste une induration diffuse de la peau, il est bon de recourir aux onctions de pâte soufrée ou de pommade de Wilkinson (H. Hebra), faites avec un pinceau, comme dans l'acné, ou de faire des lavages avec le savon sulfureux iodé (Zeissl), ou de provoquer une inflammation aiguë en appliquant du savon noir pendant douze heures, ou encore de badigeonner la peau avec la teinture d'iode ou la glycérine iodée, ou enfin d'appliquer une solution de sublimé (0,50 pour 100 d'eau distillée); après cela, on revient au mode

---

(1) L'épilation doit être répétée aussi longtemps que les parties n'ont pas repris l'état normal; elle devient successivement de plus en plus restreinte comme surface. Quant à la rasure, elle est généralement nécessaire ; exceptionnellement, il faut quelquefois laisser repousser la barbe. Mais, nous le répétons, l'épilation, poursuivie avec persévérance, constitue le procédé curatif par excellence. Quelques malades qui ne supportent pas le rasoir se trouvent très bien de la rasure juive (tonsure aux ciseaux fins). E. B. — A. D.

(2) Depuis l'introduction dans la pratique dermatologique de la curette de Volkmann et de la scarification linéaire de Balmanno Squire, l'application régulière et méthodique des pratiques chirurgicales au traitement d'un grand nombre de dermopathies s'est généralisée.

Aussitôt après la publication de l'École de Lyon — Aubert, Valla, Dron, *Lyon médical*, 1876, 1877 — sur l'emploi de la curette, nous en avons appliqué et étendu l'emploi, ainsi que nos collègues de l'hôpital Saint-Louis.

En ce qui concerne les scarifications linéaires, elles ont été introduites à l'hôpital Saint-Louis par E. Vidal, qui en a étendu les applications de la manière la plus heureuse. Nous avons immédiatement suivi notre savant collègue dans la voie qu'il traçait, et nous espérons avoir contribué, pour une bonne part, au perfectionnement et à la vulgarisation de ces procédés de traitement, sur lesquels nous aurons à revenir. E. B. — A. D.

de traitement que nous avons indiqué ci-dessus au moyen des applications de pommade et de l'épilation (1).

On fait disparaître les végétations dont nous avons parlé en les cautérisant avec l'acide acétique, ou avec une pâte composée d'acide acétique 10 et lait de soufre 2,50; ou bien une pommade faite avec acétate de cuivre 0,30 et onguent simple 10; ou encore en les touchant avec l'acide nitrique concentré, ou enfin en les couvrant de poudre de calomel et autres semblables, ou en les enlevant à l'aide de la curette.

Dans le sycosis de la muqueuse nasale, il faut également ouvrir les pustules, avulser les poils, introduire dans les fosses nasales des pommades émollientes, comme dans l'eczéma de ces parties, et enfin cautériser les surfaces couvertes de rhagades.

Dans le sycosis du cuir chevelu, on essaie le même traitement que dans l'eczéma de cette région : ramollissement des croûtes par des applications de graisse, bonnet de caoutchouc, lavages avec l'esprit de savon, douches, etc., et ce n'est que lorsqu'on voit l'inefficacité de ce traitement que l'on rase la tête et qu'on procède à l'épilation. (Pendant la journée, on enduit la tête avec une pommade, ou bien on la couvre avec une toile de caoutchouc, mode de pansement qui peut être dissimulé par une coiffure appropriée ou par une perruque.)

Il faut traiter de la même manière le sycosis des sourcils, du creux de l'aisselle et de la région pubienne. Pour ces régions, il est préférable d'employer la pommade de Wilkinson.

Contre la dermatite papillaire du cuir chevelu, l'emplâtre hydrargyrique est le seul remède qui ait montré un peu d'efficacité. Il faut exciser les parties exubérantes, papilliformes et kéloïdiformes avec des ciseaux ou le bistouri; l'hémorrhagie parenchymateuse abondante qui se produit s'arrête en tamponnant avec de la charpie sèche ou bien trempée dans une solution de nitrate d'argent (1 sur 1).

Dans le sycosis parasitaire, outre l'épilation des poils altérés, il est avantageux d'appliquer une solution de sublimé ou une pâte sulfureuse additionnée d'acide acétique (1).

---

(1) L'épilation convenablement exécutée, les douches tièdes pulvérisées, les pommades anodines, sont en général suffisantes; car il s'ag[it] ici presque exclusivement d'eczéma chronique et non de sycosis vra[i].
E. B. — A. D.

En résumé, il n'y a pas de médication générale applicable au « sycosis », puisque les affections réunies par l'auteur sous cette dénomination sont multiples; ce n'est pas là un des moindres inconvénients attachés à l'extension trop grande donnée à ce mot. Dans la pratique, il e[st] nécessaire de distinguer au milieu du complexus « sycosis » : *a*) l'*eczém[a]*

Ici se termine ce que nous avions à dire au sujet des formes de l'acné et du sycosis. Mais je dois y ajouter quelques courtes remarques qu'il me paraît nécessaire de faire sur les éruptions pustuleuses (Voir p. 798).

---

pilaire, qui peut aboutir au sycosis, mais qui s'en distingue par l'absence de dermite interstitielle et de folliculite profondes; *b*) les *acnés pilaires sycosi formes; c*), le *sycosis non parasitaire*, ou, pour mieux dire, non trichophytique, secondaire à des irritations diverses, à des infections secondaires encore à l'étude; *d*) le *sycosis trichophytique*.

Nous avons exposé les principes du traitement des *eczémas pilaires* dans les notes des pages 666 et 710.

La médication applicable aux *acnés pilaires sycosiformes*, appelées communément sycosis, est indiquée ci-dessous, dans l'*Appendice* sur les acnés.

Le *sycosis proprement dit* est celui auquel s'applique directement le traitement exposé plus haut dans le texte courant et dans les notes des traducteurs.

Enfin, c'est au chapitre du trichophyton que le lecteur trouvera, à sa place naturelle, le traitement de la trichophytie profonde ou sycosique. E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

1° ACNÉS PILAIRES — *A. pilaire commune, A. p. cicatricielle, dépilante, A. chéloïdienne.* 2° ACNÉ CORNÉE. 3° PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE DE DARIER. — *Angiofolliculite psorospermique végétante.* 4° PÉRIFOLLICULITES AGMINÉES.

Ainsi que nous l'avons annoncé — notes des pages 735, 736, nous réunissons dans cet appendice une série d'affections du système sébacé annexe des poils, *acnés pilaires*, — du canal folliculaire, *angiofolliculites*, et de la gaine conjonctive des follicules pilo-sébacés, *périfolliculites*, — qui n'ont pas été représentées dans le texte courant, ou qui ne l'ont pas été d'une manière suffisante.

§ Ier. — **Acnés pilaires.**

Ce groupe comprend trois formes cliniques principales, ayant elles-mêmes des *variétés*, et qui peuvent coexister, s'associer ou évoluer isolément.

Leur siège anatomique essentiel est le *système sébacé annexe des poils;* cependant il est possible que la localisation ne soit pas exclusive; cette question, née d'hier, n'a pas encore de solution ferme.

Leurs relations sont en outre affirmées par l'identité de début, d'évolution et de terminaison. Toutes commencent insidieusement et superficiellement, progressent de la superficie à la profondeur et se

terminent par régression atrophique, nécrobiose, cicatrices, alopécie, et quelquefois formation chéloïdienne.

Parmi ces affections, trois types sont assez individualisés pour pouvoir être distingués pratiquement et dénommés. Ce sont : *a*) l'*acné pilaire* de Bazin ; *a. varioliforme* de Hebra-Kaposi, *a. nécrotique de* Boeck, etc. ; — *b*) l'*acné pilaire cicatricielle dépilante ;* — *c*) l'*acné chéloïdienne.*

I

Acné pilaire de Bazin. — Acné varioliforme de Hebra-Kaposi. — Acné a cicatrices déprimées de E. Besnier et A. Doyon. — Acné frontale ou nécrotique de Boeck. — Acné rodens de Leloir et Vidal, Ulérythème acnéiforme de Unna, etc.

Ces nombreuses dénominations se rapportent à une affection que nous considérons comme univoque, mais dont quelques variétés sont contestées depuis peu. — J. Pick, Unna. — Elle est fréquente, souvent méconnue, et prise pour une syphilide papulo-pustuleuse ou tuberculo-pustuleuse. Ses variétés sont assez nombreuses, et restent incomplètement définies; sa nature commence à peine à être entrevue.

Habituellement localisée, pouvant cependant envahir de grandes surfaces, comme les faces dorsale et sternale du trouc par exemple, affectionnant les régions pilaires, la barbe le long des branches montantes du maxillaire ; la lisière du cuir chevelu en avant et en arrière en empiétant en deçà et au delà ; la région crânienne, surtout alors qu'elle est dépilée plus ou moins complètement ; la cavité de la conque, les ailes du nez et les sillons nasogéniens, etc.

La dimension des éléments éruptifs varie depuis un grain de millet jusqu'au plus gros pois. Tantôt, c'est une légère saillie rosée du pourtour de l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, au centre de laquelle une petite pustule éphémère, traversée ou non par un poil, apparaît, s'ombilique rapidement et se couronne (caractère typique) d'une petite croûtelle jaune verdâtre, impétiginiforme, un peu enfoncée et recouvrant une ulcération, laquelle sera *rapidement*, et souvent avant la chute de la croûte, remplacée par une cicatrice déprimée, indélébile. Dans d'autres cas, les éléments éruptifs atteignent le volume de l'acné commune ; mais toujours, dans ces lésions amplifiées, on retrouvera, de plus en plus accentuée, la croûte jaune impétiginiforme, laquelle semble imprimer exactement dans le derme la mesure et la forme de la cicatrice. Lorsque les poussées se sont répétées souvent (il s'agit d'une affection absolument récidivante et serpigineuse), les régions occupées sont criblées de cicatrices, au milieu et à la bordure desquelles se reproduisent les éruptions ultérieures.

La disposition des éléments éruptifs est souvent figurée, linéaire, quelquefois plus ou moins complètement ou parfaitement circinée, dernière circonstance qui contribue encore à induire en erreur sur sa nature.

Il existe d'assez nombreuses variétés de forme, de degré, de subacnité, etc., depuis les cas *frustes*, jusqu'aux formes *confluentes*, *intenses*, *serpigineuses*, presque malignes qui labourent littéralement les parties qu'elles occupent. Mais dans chacune d'elles, même dans celles qui sont le plus différentes en apparence, on retrouve quelques éléments des espèces communes ; et ce serait, pensons-nous, trop compliquer pour le public médical leur description que de multiplier les distinctions de détail.

En fait, quand on a vu sur le malade deux ou trois exemples de cette affection, et, à défaut d'observation préalable, si l'on se rappelle simplement les *localisations* principales que nous avons indiquées, on pourra le plus ordinairement arriver sans difficulté au diagnostic.

Dans un mémoire très remarquable — Ueber Acne frontalis seu necrotica, in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1889, nº 1, et *loc. sup. cit.*, — CAESAR BOECK expose avec sa sagacité et sa précision ordinaires les caractères de l'éruption.

Si l'on examine, dit-il, les divers éléments éruptifs aux différentes phases de leur développement, on constate que les petites papules de la première période de début doivent leur origine à la tuméfaction d'un follicule pileux et de son entourage le plus immédiat, laquelle forme une petite papule encore imparfaitement circonscrite. Cette petite papule s'élargit peu à peu, et quand elle a atteint la grosseur d'un grain de chènevis et que la partie de peau sur laquelle elle est située est tendue, on remarque au centre de la papule, tout autour du follicule, nombre de très petites hémorrhagies qui, par leur réunion, constituent une petite tache rouge violet à peine perceptible. Si la tension cesse, les petites hémorrhagies capillaires et les dilatations vasculaires peuvent ne pas être encore visibles à travers l'imbibition œdémateuse de l'épiderme. Sur les papules plus volumineuses, la coloration violette est, par contre, toujours distincte, et, si les papules dépassent la grosseur d'un pois et comprennent plusieurs orifices folliculaires, l'ensemble forme une plaque d'aspect ponctué, violet clair, assez résistante au toucher, turgescente, élevée.

Dans la période suivante, cette plaque commence à se déprimer au centre et prend là une teinte violet brunâtre plus accentuée. Ces modifications gagnent peu à peu toute la papule ou toute la plaque. C'est ainsi que la partie de peau malade revient au niveau de la peau saine adjacente ou bien est déprimée au-dessous d'elle, et il existe, enchâssé dans la peau, une sorte de disque dur, arrondi, nettement circonscrit, violet brunâtre ou, en dernier lieu, d'une teinte tout à fait brune. Ce disque, entièrement momifié, peut être considéré comme un véritable corps étranger, mais encore intimement adhérent à la peau.

Si on essaie de détacher ce disque, on trouve que la masse dure, en laquelle l'épiderme et une grande partie du derme ont été transformés par ce processus nécrosique, est tout à fait semblable à de la graisse, et cependant extrêmement dure et cohérente, de telle sorte qu'il est difficile d'en détacher des particules.

Naturellement, ce tissu nécrosé a perdu toute sensibilité. Si l'on fait tomber cette croûte momifiée, nécrosée, par des applications émollientes, il reste une ulcération arrondie, en granulation, qui pénètre plus ou moins profondément dans le derme. Si l'on n'intervient pas, la croûte se dessèche

de plus en plus, se détache de la peau saine à la périphérie, car à mesure que se produit ce soulèvement, l'épiderme s'étend entre la croûte et la partie sous-jacente du chorion, et finalement, après la chute de la croûte, on voit une perte de substance arrondie, en grande partie cicatrisée, dont la teinte, au début brun rouge, ne disparaît ensuite que peu à peu. D'une manière générale, il s'agit ici de la nécrose d'une partie du derme.

Pour Bazin — *Affect. cut. de nat. arthr.*, etc., p. 221-222, — l'acné pilaire arthritique avait pour *siège* les glandes sébacées annexes des follicules pileux, lesquelles, hypertrophiées et enflammées, constituaient la papulo-pustule.

Leloir et Vidal, *loc. cit.*, concluent de l'examen biopsique de deux pustules frontales déjà un peu anciennes que la lésion anatomique de l'acné rongeante paraît être « une périfolliculite pilo-sébacée nécrobiotique profonde, avec destruction complète du follicule pilo-sébacé et processus de vésico-pustulation accentué dans l'épiderme sus-jacent au follicule ».

Boeck déclare expressément que Bazin a eu raison de décrire cette forme dermatologique sous le nom d'acné pilaire.

L'examen microscopique des croûtes nécrosées lui a donné les résultats suivants :

Hyperplasie de la totalité de l'épiderme, et notamment de la gaine externe de la racine des poils, qui pénétrait comme un cône épais dans le chorion. Les glandes sébacées n'étaient pas sensiblement augmentées de volume. la structure interne des papilles était, en général, peu visible, abstraction faite des vaisseaux capillaires, très dilatés, sinueux, abondamment remplis de sang. Il y avait, en outre, çà et là, des extravasats sanguins. Le réseau réticulaire du derme était, du moins pour les grosses croûtes, nécrosé dans toute son épaisseur.

En résumé, il s'agit ici pour Boeck d'un processus inflammatoire dépendant du follicule pileux — avec hyperplasie simultanée du contenu épithélial du follicule lui-même, — et apparaissant d'abord dans son voisinage, hyperplasie qui fréquemment s'étend rapidement tout autour et est accompagnée de dilatation, souvent même de rupture des vaisseaux sanguins ainsi que d'une imbibition œdémateuse très caractérisée des tissus. Il se forme là, tout autour des vaisseaux, des masses considérables d'exsudat qui paraissent condamnées à une mortification rapide ; toutefois, il est actuellement impossible de dire si cette mortification a lieu par stase et coagulation dans les vaisseaux très dilatés, ou sous l'influence d'un autre agent quelconque, par exemple d'une bactérie. Il se produit, dans ces conditions, une véritable nécrose de toute la partie de peau atteinte. On ignore pourquoi la nécrose prend la forme d'une momification et non celle d'une gangrène humide, comme, par exemple, dans la gangrène cachectique des enfants.

Dans un mémoire important, J. Pick — Zur Kenntniss d. Acne front. s. variolif. (Hebra), Acne front. necrot. (Boeck), in *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, n° 4 — étudie cette espèce d'acné d'une façon très attentive, d'après deux cas dont il déclare l'identité douteuse.

Dans le premier, dit-il, il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse d'une acné varioliforme ou frontale, dans le sens de Hebra. Toutefois, le processus a

dépassé les limites indiquées par cet auteur, puisqu'il a gagné les joues et leur portion velue, ainsi que le pavillon des oreilles, le cou et les membres supérieurs.

La formation des pustules est un phénomène secondaire survenu autour des parties escharrifiées ; elle n'est due qu'à l'infection de cocci pyogènes, en quelques points.

D'après l'examen microscopique des nodosités, il s'agit d'une néoformation de l'épithélium, qui subit immédiatement une dégénérescence spéciale, se transforme en escharre, tandis que, quand cette néoformation s'est étendue en profondeur, il se développe dans son entourage, à partir du chorion, une infiltration de petites cellules et, par suite, une cicatrice. Pick n'a pas constaté de rapports entre les nodosités épithéliales de nouvelle formation et les follicules sébacés ou pileux.

Il est d'avis que l'on doit conserver provisoirement, pour ce processus, le nom d'acné varioliforme.

Dans le second cas, Pick reconnaît un processus identique à celui observé par Bœck, et auquel cet auteur a donné le nom très justifié d'acné nécrosique, en opposition avec le type d'acné de Hebra. Il accepte cette dénomination ; cependant, il n'est pas à même de dire si l'on doit identifier cette dernière variété avec l'acné varioliforme de Hebra. Des observations ultérieures montreront jusqu'à quel point ces deux formes morbides sont rapprochées ou représentent des processus de même nature.

D'autre part, nous comprenons encore dans les acnés du même ordre la forme décrite par Unna. — *Atlas internat. des maladies rares de la peau*, — avec une héliographie, oct. 1889, 1re livr. — sous le nom d'*ulérythème acnéiforme* — οὐλή, cicatrice.

Elle s'en distinguerait cependant d'après l'auteur : *a*) par le manque total de nécrose centrale ; *b*) par le manque total de toute suppuration et de toute ulcération ; *c*) par l'existence de comédons ; *d*) par la forme de l'atrophie cicatricielle, laquelle présente le relief, mais ne rappelle jamais les cicatrices de la variole.

L'affection est absolument locale, limitée au pourtour d'un certain nombre de follicules pileux, et « probablement de nature parasitaire ».

Après s'être présentée sous l'aspect d'un érythème inflammatoire permanent avec hyperkératinisation et comédons, elle aboutit à la rétraction élastique du derme raréfié et à l'atrophie cicatricielle.

Le lieu d'élection serait le centre des joues, les oreilles.

Sous la réserve de l'examen ultérieur des faits signalés par Pick et par Unna, nous continuons, ne serait-ce que pour en faciliter l'étude, à réunir tous ces faits sous la même étiquette générale, en raison de leurs rapports manifestes, et jusqu'à ce que la séparation nosologique en soit plus sûrement légitimée.

En fait, quoiqu'il en puisse être, et même en disant avec Boeck, que la cause et la véritable nature de ces acnés restent inconnues, notre observation, après celle de Bazin, établit que, pour la plupart d'entre elles, sinon pour toutes, une *condition individuelle*, un *état dyscrasique* ou des *excitations alimentaires ou autres*, interviennent le plus évidemment pour produire les « *poussées* », ou *rechutes*, ou *récidives*, qui font partie essentielle de cette forme d'acné.

C'est à ce titre que la diathèse congestive, qui est une des formes de l'arthritisme de Bazin, apparaît dans la pathogénie très complexe de cette affection *à facteurs multiples*, et qu'une théorie unique ne peut expliquer.

C'est également dans cette forme que l'on observe le plus souvent les alternances entre les exacerbations et des déterminations gastriques, hépatiques, intestinales, etc., faits d'observations qui ne sont pas à contester, mais dont nous ne sommes pas en mesure de comprendre le mécanisme ni les rapports.

Quant à l'action d'un élément extrinsèque, parasitaire, spécifique ou banal, primitif ou secondaire, dans la genèse de ces lésions, elle est d'une vraisemblance qui ne saurait être contestée, et que l'action des agents locaux achève de corroborer. A tous les titres, il est bien remarquable que cette acné, dont le processus destructeur et cicatriciel est si intense et si rapide, si excessif dans les variétés *malignes*, qui laisse des cicatrices si profondes et si indélébiles, soit superficielle, indolente, ne s'accompagne que rarement de tuméfaction considérable du périfollicule dermique et d'induration tuberculoïde.

Il n'est pas moins extraordinaire de voir avec quelle facilité ce processus destructeur est le plus habituellement enrayé par les applications médicamenteuses les plus diverses et les plus légères, *pourvu qu'elles s'opposent à la germination locale des bacilles pyogènes*.

Dans la période irritative, les douches pulvérisées simples, les cataplasmes anodins, l'enveloppement de caoutchouc avec ou sans interposition de maillot humide, réalisent rapidement une des premières indications, qui consiste à combattre le procès irritatif et à faire tomber les croûtes. Aussitôt cela fait, les pulvérisations ou les lotions mercurielles faibles de 1/10000 à 1/1000, suivies d'applications de poudres anodines ou, au besoin, d'emplâtre mercuriel, arrivent rapidement à stérilisation des tissus atteints.

Dans les formes graves, rebelles, malignes, la *cautérisation ponctuée galvanique*, la *rugination*, constituent des moyens certains d'enrayer le processus local et actuel.

Mais contre les rechutes et récidives, il faut prescrire le régime et l'hygiène propres à l'état général du sujet ; une alimentation simple, la suppression du vin et de l'alcool, l'usage des alcalins trouvent ici les indications les plus précises. Les eaux minérales alcalines, Vichy ou Royat, les eaux thermales type Plombières, les eaux lixiviantes, Évian, Vittel, Contrexéville, etc., présentent une utilité préventive réelle.

Une hygiène locale, attentive, l'emploi régulier du savon et des lotions mercurielles faibles, contribuent à lutter contre le caractère serpigineux, récidivant, qui fait partie essentielle du procès de toutes ces affections.

II

Acné pilaire cicatricielle dépilante.

Sous ce titre, nous réunissons plusieurs variétés cliniques qui correspondent au « *sycosis chronique, prolongé, permanent*, etc. » des

anciens auteurs à l'*acné décalvante* de LAILLER. — Voy. Melchior. ROBERT, *Thèse de Paris*, 1889; — à quelques-unes des formes décrites par QUINQUAUD sous le nom de folliculite des régions velues, — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, août 1888; — à la troisième variété des « *folliculites décalvantes* de BROCQ. — *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, oct. 1888; — à l'*ulérythème sycosiforme* de UNNA— Ueber Ulerythema sycos. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. IX, n° 3; etc.

Ces diverses dénominations représentent des localisations *régionales* ou des variétés morphologiques d'une même affection, que nous signalerons au lieu le plus opportun. Ici, nous visons seulement la *forme commune* et la *localisation au visage et au col,* renvoyant l'étude des localisations sur le cuir chevelu aux notes des *Alopécies;* — aux notes du *Lupus,* ce qui a trait aux variétés de *lupus acnéiforme* ou *sycosiforme,* et de *sycosis* ou d'*acné pilaire lupoïde,* etc.

L'acné pilaire cicatricielle dépilante du visage affecte les rapports les plus étroits avec la variété précédente — acné pilaire de Bazin — et avec la suivante — acné chéloïdienne. — Elle tient en grande partie son individualité de sa prédominance dans la région de la barbe chez l'homme, avec centre de prédilection le long des branches montantes du maxillaire inférieur, d'où elle peut s'étendre jusque dans la région temporale du cuir chevelu.

A la manière de toutes les acnés de ce groupe, elle débute superficiellement, et insidieusement, par des rougeurs bientôt suivies de petites pustules semées à la base des poils, et qui se couvrent de croûtes, constituant par leur réunion une surface d'apparence eczématique.

L'affection n'est jamais généralisée à de grandes surfaces, et surtout elle n'occupe pas toute la région pilaire du visage, comme le fait communément l'eczéma pilaire, ou même comme le fait quelquefois la trichophytie. Ce sont des îlots, symétriques ou non; ce peut être un îlot à peu près unique; l'évolution se fait excentriquement, serpigineusement et avec une grande lenteur. Quand la poussée aiguë cesse, les vésicules ou les pustules deviennent moins nombreuses, puis s'éteignent, et il ne reste que de la desquamation pityriasique; mais on s'aperçoit que les poils ne repoussent pas au niveau des foyers pustuleux et que la région devient cicatricielle. Après quelques années, si l'affection n'est pas restée solitaire, les surfaces pilaires du visage ou du col sont parsemées d'îlots cicatriciels, quelquefois déprimés, bridés, chéloïdiens, résultant de la multiplication des poussées et de l'agrandissement excentrique progressif des surfaces malades.

Les lésions du poil sont atrophiques ou athrepsiques; on ne trouve aucune espèce de parasite. L'alopécie produite est irrémédiable. L'affection est rebelle à tous les traitements. — Voy. E. BESNIER, *Réunion clin. hebdomad. des médecins de l'hôpital Saint-Louis*, séances des 27 décembre 1888, 10 et 17 janvier 1889.

UNNA a fait remarquer que cette affection amène la destruction complète des follicules pileux et du corps papillaire, l'atrophie de l'épithélium superficiel, et finalement une cicatrice. Au premier abord, elle

ressemble à un sycosis ordinaire ; mais la situation superficielle, la position et le contenu transparent des vésicules, l'exacte délimitation de l'érythème interfolliculaire, le siège superficiel et la chronicité spéciale de l'inflammation cutanée, et surtout sa terminaison en une cicatrice superficielle, font de cette affection une maladie *sui generis*.

Il est inutile d'ajouter que, dans tous les cas où nous avons établi le diagnostic de cette affection, elle a été soigneusement, et avec certitude, différenciée par l'examen histologique, minutieux et réitéré, des folliculites *trichophytiques* et même *faviques*.

Le diagnostic avec le sycosis vulgaire se déduit surtout de la marche, de la durée, de l'absence de dermite aiguë, de périfolliculites en plaques, l'insidiosité, le caractère alopécique et cicatriciel, etc.

La différenciation a été poursuivie par Unna avec le plus grand soin dans les termes suivants :

1° Dans le sycosis à cocci pyogènes — S. *coccogenes* — le follicule pileux est le siège de véritables pustules ; dans l'ulérythème sycosiforme, il se produit, dans les follicules pileux, ainsi que dans les parties où les poils ont disparu, de petites vésicules d'exfoliation tout à fait blanches et non purulentes à l'intérieur de la couche cornée ; — 2° Dans le sycosis à cocci pyogènes, les surfaces atteintes sont couvertes de croûtes purulentes, tandis que, dans l'ulérythème sycosiforme, elles sont comme saupoudrées d'une poussière provenant de croûtelles cornées, blanches, rarement brunes ; — 3° Les racines des poils arrachés sont, dans le premier, œdématiées ou bien infiltrées de pus ; ce sont, en général, des racines creuses présentant une gaine infiltrée ; dans le second, les poils épilés sont presque tous dans la période du bulbe plein, sans infiltration de la gaine ; ils cèdent plus facilement à la traction que les précédents ; — 4° Dans l'ulérythème sycosiforme, il y a un bord saillant en forme de bourrelet qui fait une légère saillie au-dessus des follicules envahis les derniers ; à la limite du S. *coccogenes*, on voit surgir des follicules isolés, enflammés, placés dans la partie saine comme des sentinelles avancées ; — 5° L'ulérythème sycosiforme présente de l'érythème et de l'œdème, qui surviennent tout d'un coup sur de vastes surfaces, en même temps que des quantités innombrables de vésicules superficielles se produisent subitement à la suite d'irritations, même légères, qui sont sans aucune influence sur la marche du sycosis ; — 6° La cicatrisation, dans le sycosis, attaque spécialement le follicule ; dans l'ulérythème sycosiforme, les espaces interfolliculaires ; — 7° Dans le premier, la cicatrisation est toujours consécutive à la formation du pus ; dans le second, elle survient sans qu'il y ait eu suppuration ; — 8° Dans le S. *coccogenes*, elle conduit à des solutions de continuité considérables aux lieu et place des follicules ; dans l'ulérythème sycosiforme, les follicules disparaissent par atrophie générale de l'épithélium de revêtement et de celui qui tapisse les follicules, par conséquent en laissant après elle une surface plane, sans dépressions particulières. Cette dernière forme de disparition radicale des poils avec leurs follicules ne se manifeste qu'après des récidives répétées de l'inflammation, et d'abord au centre, tandis que, à la périphérie, il y a constamment quelques poils profondément implantés qui paraissent tout à fait intacts.

Pour l'*ulérythème acnéiforme*, les bases de distinction posées par Unna sont les suivantes :

1° Dans l'ulérythème sycosiforme, il n'y a pas de comédons, ce qui est caractéristique pour l'ulérythème acnéiforme ; — 2° L'ulérythème acnéiforme s'accompagne d'une abondante prolifération épithéliale, qui est suivie d'une hyperkératose également considérable ; dans l'ulérythème sycosiforme, l'atrophie et l'amincissement de la couche cornée s'observent dès le début ; — 3° Les squames et les croûtes de l'ulérythème sycosiforme manquent dans l'ulérythème acnéiforme ; — 4° Dans l'ulérythème acnéiforme, une rougeur diffuse ne précède qu'en quelques régions (joues, oreilles) ; dans l'ulérythème sycosiforme, on voit persister une rougeur marginale, même lors de la cicatrisation centrale ; — 5° L'ulérythème sycosiforme n'envahit pas les points de la peau où il n'y a que des poils follets, et où l'on rencontre surtout l'ulérythème acnéiforme (joues, oreilles) ; — 6° L'ulérythème sycosiforme s'étend sur de plus grandes surfaces que l'ulérythème acnéiforme ; — 7° Ce n'est qu'au début, tant que l'érythème persiste, que l'ulérythème acnéiforme s'accompagne de sensations subjectives ; dans l'ulérythème sycosiforme, elles existent constamment à un faible degré ; — 8° A l'ulérythème sycosiforme s'ajoute souvent une folliculite purulente ; à l'ulérythème acnéiforme, jamais ; — 9° La cicatrisation laisse après elle, dans l'ulérythème acnéiforme, des dépressions caractéristiques et des lésions en relief ; dans l'ulérythème sycosiforme, la surface cicatrisée est unie et brillante.

Tout cela est un peu minutieux, et devra être simplifié ; mais nous avons tenu à accumuler les éléments de différenciation, puisqu'il s'agit d'affections en voie de classement. Il resterait encore à éliminer la *xérodermie pilaire cicatricielle et dépilante ;* la question reviendra un peu plus loin aux *notes* de l'ichthyose.

Les causes et la nature de cette forme restent encore obscures ; sa marche de la superficie vers la profondeur, son insidiosité, sa lenteur, ses repullulations, sa résistance aux moyens de traitement, portent à penser à une origine extrinsèque, microbienne ; mais aucune donnée précise n'existe encore. Ses relations avec un état pathologique général n'apparaissent pas davantage, et aucun traitement interne n'est indiqué.

A l'extérieur, antiphlogistiques locaux, pulvérisations sulfureuses ou hydrargyriques, épilation méthodique et réitérée, rasure, application d'emplâtres salicylés, résorcinés, hydrargyriques, saturnins. Les scarifications linéaires sont restées sans résultats ; elles n'ont d'autre indication que pour servir à réparer les cicatrices déjà réalisées, si elles sont irrégulières, ou à diminuer l'infiltration dermique dans le cas où elle est prononcée ; la destruction électro-caustique des follicules pilaires est restée inefficace entre nos mains.

III

Acné chéloïdienne.

Cette forme a été décrite pour la première fois par Bazin sous le nom d'acné chéloïdique. — *Dict. encycl. des Sc. méd.*, Art. Chéloïde, 1874 — par Lailler — *Musée de l'Hôp. Saint-Louis*, sous le nom d'*acné chéloïdienne ;* par nous-mêmes, sous les noms de *sycosis chéloïdien* ou de *chéloïde*

acnéique de la nuque. Voy. première édition de cette traduction, t. II, note I, page 36, 1881 et 1882, acné kéloïdique, par Vérité. Acad. de méd., 1882, etc., etc.

Son siège essentiel, non exclusif, est la région de la nuque, puis la région velue du visage et du cou chez l'homme.

De même que les formes précédentes, elle débute par des papulo-pustules péripilaires, tout à fait insidieusement, les éléments étant petits, superficiels. Dans l'évolution, on voit la papulo-pustule centrée par un poil, par un faisceau de poils, se sous-tendre rapidement d'une petite induration qui s'enfonce dans le derme, qui persiste et continue à progresser, bien que la régression de la lésion première ait cessé, qu'elle soit cicatrisée. Les altérations nodulaires voisines coalescent par la base, et forment des nodus chéloïdiens qui s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau et constituent, après des mois et des années, des masses chéloïdiennes considérables, élevées de un ou de plusieurs centimètres, pourvues de digitations radiculaires, parfaitement lisses et cicatricielles à la surface, présentant sur les bords des bouquets de poils internés dans la cicatrice, et des lésions papulo-pustuleuses à tous les degrés de l'évolution. La lésion est à peu près indolente, à l'exception de *douleurs névralgiques* signalées par Vidal, et rapportées par lui à la compression des filets nerveux par le tissu inodulaire.

Les rapports cliniques de cette affection avec l'acné sont indéniables; les sujets atteints en présentent communément divers types sur d'autres régions ; et les malades atteints de la forme précédente ont très souvent, à un degré léger, l'acné chéloïdienne de la nuque : Brocq en a fait la remarque sur des sujets soumis à notre observation commune.

Voici une observation récente présentée par nous à la réunion des médecins de Saint-Louis, le 12 décembre 1888, et qui montre presque tous les types d'acné réunis à l'acné chéloïdienne :

Homme vigoureux, vingt-six ans, bien portant, présentant, depuis environ deux ans, une éruption de « petits boutons » localisés à la nuque, très précisément à la limite inférieure de la partie postérieure du cuir chevelu, en même temps que, sur quelques autres points du corps, particulièrement la région velue du sternum, les régions velues de la partie supérieure du bras, toute la région dorsale, qui est franchement acnéique, présentent à la fois, en grand nombre, des éléments acnéiques en activité et des cicatrices caractéristiques. Il en existe également quelques-unes dans diverses régions pilaires du visage, qui paraissent être de date récente.

C'est seulement il y a un an environ, c'est-à-dire un an après le début, que les lésions ont commencé à s'agglomérer, à faire masse, et, depuis ce temps, malgré l'intervention d'un traitement fait en ville, les lésions n'ont pas cessé de s'accroître en étendue et en surface. Elles sont aujourd'hui constituées par des saillies atteignant 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 au-dessus du niveau, de forme irrégulière, allongées transversalement et occupant la presque totalité de la nuque. Leur surface est irrégulière, bosselée, présentant une coloration rouge légère, des squames; des croûtes, des petites saillies papuliformes centrées par un poil, une croûtelle ou une petite cavité; des points cicatriciels lisses, glabres, ou bien traversés par des poils isolés ou par des bouquets de poils disposés en manière de

brosse. A la base, qui se relie aux tumeurs et à la peau par des prolongements ou digitations irrégulières, on trouve des surfaces complètement cicatricielles, de la peau saine, et surtout une série d'éléments accessoires périphériques, constitués par les petites saillies acnéiques déjà décrites, tout à fait identiques sur les points où elles se montrent isolées et sur les éléments arrivés à leur degré le plus élevé. En outre, quelques éléments de même nature, tout à fait isolés, se développent depuis peu le long des branches montantes du maxillaire inférieur, dans l'espace intersourcilier et jusque sur la lèvre supérieure.

En résumé, malade acnéique présentant, en même temps que de l'acné vulgaire du dos et du sternum, de l'acné pilaire de la face et de la nuque, laquelle, dans cette dernière région, est devenue cohérente, confluente et a formé, par suite de l'évolution chéloïdienne, des cicatrices consécutives, les masses que l'on observe aujourd'hui à la région de la nuque.

Le musée de l'hôpital Saint-Louis contient une série complète de magnifiques reproductions de l'acné chéloïdienne, déposées par nos collègues ou par nous, qui permettent de suivre la lésion à tous ses degrés; les pièces sont inscrites sous les titres d'*acné chéloïdienne*, de *sycosis chéloïdien* ou de *chéloïde acnéique*.

Leloir et Vidal considèrent, d'après leurs examens histologiques, ainsi que nous l'avions supposé d'après les caractères objectifs, que l'acné chéloïdienne, dont les éléments sont de la nature de ceux des chéloïdes jeunes et vasculaires, est une périfolliculite sébacéopilaire à tendance chéloïdienne :

« Le tissu qui environne les follicules, au lieu d'aboutir à la suppuration, comme dans les folliculites suppurées ordinaires, tend à la formation d'un tissu scléreux. C'est une folliculite pilo-sébacée chronique à tendance scléreuse. »

La nature acnéique de la lésion et non pilaire, et ses rapports avec la *chéloïde en général*, dont l'origine serait toujours acnéique — Voy. J. Dénériaz (de Sion), *Thèse de Berne*, Genève, 1887, in-8, anal. p. Thibierge, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888 — ont été également bien mis en lumière par W. Dubreuilh dans un remarquable travail — Voy. Anatomie de l'acné chéloïdienne, *in Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1889, p. 107 et suiv.

La lésion première, la papulo-pustule initiale, ne dépasse pas les parties superficielles du derme et « les coupes en série montrent qu'elle fait partie d'un anneau inflammatoire qui entame le collet du follicule ; mais ce fait est plus net sur les coupes parallèles à la surface... » et la lésion progresse de haut en bas.

« En résumé, écrit Dubreuilh, les lésions débutent dans les glandes sébacées, dont les cellules revêtent l'aspect de cellules géantes par un procédé qu'il serait intéressant de rechercher ; puis, autour et dans l'intérieur de cette glande, se développent des lésions inflammatoires qui aboutissent à la formation d'un abcès au voisinage du follicule. Il s'agit donc, primitivement, d'une acné et non d'une folliculite, puisque les premières altérations apparaissent dans la glande sébacée, qui est totalement détruite avant que le follicule soit atteint. Cette périfolliculite détermine secondairement la suppuration du follicule, d'une part, et, d'autre part, la formation d'une chéloïde...... Le vieux nom d'*acné chéloïdienne* est donc

absolument justifié, puisqu'il s'agit d'une chéloïde véritable développée à la suite d'une acné. En quoi donc diffère-t-elle de la chéloïde spontanée du tronc, qui a la même origine, comme l'a montré Denériaz ? La différence est la même qui existe entre une cicatrice vicieuse et une chéloïde cicatricielle. Dans la chéloïde vraie, l'acné est le point de départ d'une tumeur envahissante et à marche indépendante, tandis que, dans l'acné chéloïdienne de la nuque, la chéloïde n'est pas envahissante ; elle suit l'acné qui la précède, toujours pas à pas ; c'est une chéloïde restée en tutelle. »

Giorgio Marcassi.— *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.*, Fasc. V sett., ott. 1887 — dans un très intéressant mémoire, attribue la genèse des altérations de l'acné chéloïdienne à la présence de microcoques ; mais la démonstration qu'il en a donnée n'a pas été considérée comme valable. Leloir et Vidal ont bien trouvé des microcoques dans les vaisseaux et dans les amas de cellules embryonnaires, mais non constamment, et Dubreuilh, qui a recherché les bactéries par les procédés de coloration les plus divers, a trouvé seulement des microcoques « et encore en petit nombre, dans la paroi des abcès folliculaires ». Il lui a été impossible de trouver des microbes dans les cellules géantes. Pour cette question, il faut attendre les travaux en cours d'exécution, particulièrement les résultats de ceux qui se poursuivent à l'hôpital Saint-Louis, dans le laboratoire de notre savant collègue et ami Quinquaud.

Les causes de l'acné chéloïdienne, en dehors des banales, sont inconnues. On peut supposer une action microbienne spéciale que la marche de dehors en dedans, la faculté récidivante, etc., peuvent rendre plausible ; mais tout ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que la *faculté chéloïdienne*, pour les acnéiques comme pour les autres sujets, est tout individuelle.

Le *traitement* de l'acné chéloïdienne est des plus laborieux. Toutes les fois où le processus chéloïdien a débuté, son évolution ultérieure est, à peu près, fatale. Les moyens qui réussissent si bien dans l'acné pilaire de Bazin restent ici sans action; ils constituent seulement une base de traitement prophylactique, applicable à la première période de l'affection. Il en résulte que toute acné subaiguë de la nuque doit être envisagée avec défiance, et que l'on doit, non seulement la traiter avec activité, éviter toutes les causes d'irritation de la région, frottement des vêtements, etc., mais encore avertir le patient de la possibilité du développement de lésions chéloïdiennes, lesquelles sont, volontiers, par eux rapportées aux moyens de traitement qui ont été appliqués.

Une fois la lésion développée, nous conseillons encore les mêmes agents locaux et la même précaution contre les irritations du dehors, puis les applications d'emplâtres résorcinés de 10 à 20 p. 100, selon la tolérance individuelle, en même temps que l'emploi des douches pulvérisées hydrargyriques ou sulfureuses, et, pour les gros conglomérats, la compression permanente, soit à l'aide du caoutchouc, soit à l'aide d'un compresseur à vis monté sur épaulettes. Les scarifications appliquées par Vidal sont certainement un moyen de secours, de soulagement, d'atténuation ; mais, malgré la persévérance avec laquelle beaucoup de malades nous ont laissé réitérer indéfiniment des scarifications, nous ne pourrions pas produire beaucoup de cas de guérison par ce moyen em-

ployé seul. Nous n'avons pas été plus heureux à l'aide des scarifications gnées. Les seuls résultats chirurgicaux vraiment satisfaisants que nous ayons vus, ou obtenus nous-mêmes, ont été dus à la destruction par les flèches de Canquoin, que nous avons abandonnées à cause de la douleur violente causée par ce moyen, et à la rugination en masse avec de grandes curettes et après congélation préalable avec l'éther ou le chlorure de méthyle, procédé qui, croyons-nous, nous appartient. Mais ce sont des interventions laborieuses, qui réclament, de la part des médecins, une certaine habitude chirurgicale, et que nous n'employons nous-mêmes, sauf les cas où les lésions sont plus volumineuses, qu'après avoir épuisé la série des moyens topiques et mécaniques simples.

IV

Acné cornée.

(*Angiofolliculite kératosique simple.*)

Hardy — *Leçons s. les mal. de la peau*, etc. 2e édit. Paris, 1863, p. 108 — décrit, parmi les « *maladies accidentelles* », une affection qu'il appelle *a. sébacée cornée*, et qui, à son rapport, aurait été décrite quelques années auparavant par Cazenave.

« L'acné sébacée cornée, dit Hardy, se présente sous forme de saillies jaunâtres, grises ou noires, acuminées, et donnant au toucher la sensation d'une râpe ou d'une brosse ; en pressant à la base de ces petites tumeurs, on les fait saillir davantage ; parfois même on les expulse, et l'orifice béant du follicule sébacé montre assez quel a été leur mode de production et à quel endroit elles étaient implantées. On rencontre indifféremment cette altération sur toutes les régions du corps, sur le front, sur le nez, sur le tronc ou sur les membres, et ces petites tumeurs, tantôt réunies en groupes, ou tantôt disséminées, n'occasionnent jamais ni cuisson, ni démangeaisons, et constituent plutôt une infirmité qu'une véritable maladie. Leur marche est, en outre, excessivement chronique, et la sécrétion cornée peut durer des mois, des années, si un traitement convenable ne vient pas la modifier. »

Leloir et Vidal — *Traité descr. des mal. de la peau*, 1er fasc. Paris, juillet 1889, p. 7 — décrivent l'acné cornée, entre l'A. comédon et l'A. milium ou grutum, parmi les acnés « non inflammatoires », bien que, d'après leur propre description, les proliférations irritatives soient manifestes, mais cela importe peu.

« L'acné cornée, disent Leloir et Vidal, dont nous avons donné les premiers — Soc. de Biol., avr. 1882 — la description anatomopathologique, a son siège dans le goulot du follicule pilo-sébacé ou dans le follicule pileux — Pl. 1, p. 4 — dont l'épiderme corné est considérablement épaissi, conservant dans ses parties profondes des cellules encore vivaces non cornifiées, disposition un peu moins accentuée que dans le psoriasis, tendant souvent à s'élever vers sa partie moyenne. Les poils, enserrés s'atrophient et font partie du bouchon corné, lequel est, en quelque sorte, au follicule pileux normal, ce que le *comédon* est au follicule sébacé normal. »

Si l'on ajoute que ce comédon est dépourvu de tout parasite connu, on aura réuni les données les moins vagues que l'on possède actuellement sur ce sujet, qui est entièrement à remettre à l'étude.

Le plus habituellement très limitée, inaperçue ou méconnue, l'acné cornée est essentiellement torpide, et sa seule issue est l'atrophie du follicule.

Le plus ordinairement, l'affection s'observe par îlots, disséminés en quelques lieux d'élection : le front, la nuque, le dos, les régions fessières, etc., sans exclusion d'aucune région, selon le type de la description de Hardy.

Il serait prématuré de décrire les formes frustes ou ébauchées, et les formes généralisées dont le cas de Prince A. Morrow, publié en 1886 dans le *Journ. of cut. and vener. dis.*, vol. IV, n° 9, p. 258, avec figures et dessins histologiques, est peut-être un exemple. La notion des folliculites psorospermiques (Darier) est si récente que des faits nouveaux sont nécessaires pour faire une comparaison valable.

Plusieurs des observations rapportées à ce type nous ont paru douteuses, et nous jugeons préférable d'ajourner une description plus ferme à des observations nouvelles présentant les garanties nécessaires de contrôle histologique et bactériologique.

Sous cette dernière condition, le *diagnostic* pourra être, dans la suite, facilement établi, et on ne sera plus exposé à confondre l'angiofolliculite cornée avec l'ichthyose, la xérodermie pilaire érythémateuse ou non, le pityriasis rubra pilaire, le lupus acnéique.

Le traitement entièrement local — pommades ou emplâtres *hydrargyriques* — a précédé de longtemps la notion d'une cause parasitaire. Hardy a réussi à amener la guérison avec une pommade biiodurée à dose moyenne — 25 centigrammes de biiodure de mercure pour 30 grammes d'axonge.

V

Psorospermose folliculaire végétante de Darier.

(*Angiofolliculite cornée psorospermique, irritative, séborrhéique, proliférante, végétante.*)

Nous décrivons sous cette dénomination une affection de la peau qui cessera d'être rare, quand on saura la reconnaître. Elle est confondue surtout avec les « séborrhées généralisées », les kératoses folliculaires simples, etc.

Sa marche est progressive, lente, absolument chronique. Elle a pour *siège anatomique* l'infundibulum, le canal folliculaire et la zone épidermique ambiante comprenant, accessoirement, quelques orifices sudoraux, ou même des lacunes non différenciées. Son *élément pathogène* est une conidie ; sa *lésion anatomique*, une hyperkératose d'abord torpide, puis lentement irritative, proliférative, végétante, donnant lieu à des productions qui, à la longue et dans certaines régions, prennent un développement assez considérable pour former des saillies tuberculeuses, ou des tumeurs cohérentes, ombiliquées, séborrhéiques suintantes, sordides et fétides.

La première observation publiée qui se rapporte à cette affection a été recueillie en 1859 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Bazin, par Lutz, qui en a fait l'objet de sa *Thèse inaugurale* sous le titre d'*Hypertrophie générale du système sébacé.* Paris, 1860.

La seconde a été enregistrée par plusieurs de nos collègues de l'hôpital Saint-Louis et par nous-même, — par Ollivier en 1883 — Pièce du Musée n° 879 — par Lailler en 1886 — Pièce du Musée 1181; Observation déposée par Huet, interne du service; — en 1888 par nous-même. La relation recueillie par notre interne A. Thibault a été publiée par lui dans sa thèse inaugurale — *Obs. clin. p. servir à l'hist. de la psorospermose folliculaire végétante,* Paris, 1889 — et nous avons montré le malade à un grand nombre de nos confrères étrangers pendant le Congrès de 1889.

Un troisième cas a été observé par nous-même d'abord et ensuite par plusieurs de nos collègues — Hallopeau, *Réun. hebd. des méd. de l'hôp. Saint-Louis,* Nov. 1888; Fournier — Obs. I de la Thèse de Thibault, *loc. cit.*, communiquée par Darier et Pièce du Musée n° 1343.

Enfin, un dernier fait conforme a été publié par J.-C. White dans le *Journal of cut. and gen. ur. diseases*, Juin 1889 — A case of Keratosis (ichthyosis) follicularis. Il ne lui manque que la constatation des coccidies, l'auteur n'ayant pas encore eu connaissance de la découverte de Darier au moment où il a rédigé son travail.

A ces faits, on pourrait en ajouter quelques autres — voy. Thibault, *loc. cit.*, p. 25, 26 — vraisemblablement de même ordre; mais il importe à la précision des descriptions ultérieures de les baser seulement sur des faits qui, à défaut de preuve bactériologique, présentent au moins des détails cliniques suffisants pour ne laisser aucun doute.

Sur les malades que nous avons observés, il a été facile de reconnaître les premières manifestations éruptives, et de relever leur évolution, car les lésions progressant incessamment, soit d'un pas égal, soit par exacerbations ou poussées, on trouve sur le même sujet des efflorescences à tous les âges.

La malade de Fournier — Hallopeau — Darier, que nous avons vue le premier, et à une époque où nous ignorions la nature de cette maladie, en était aux premières phases. Elle présentait l'aspect de ce que l'on aurait appelé autrefois « ichthyose noire » et de ce que nous appelions alors séborrhée concrète avec folliculite. Toutefois, nous avions été frappé de la résistance *insolite* de l'exsudat sébacé à l'avulsion et aux applications grasses ou savonneuses, en même temps que de l'hyperpigmentation des régions envahies. Cependant, un examen plus attentif aurait permis de constater un phénomène qui n'est pas propre à la séborrhée commune, c'est-à-dire le soulèvement du *périfollicule épidermique* — nous appelons ainsi la zone épithéliale qui couronne l'infundibulum et le canal pilaire ou sébacé — lequel, avec son revêtement sébacéo-épithélial, constitue l'efflorescence proprement dite.

A ce degré, *premier stade de l'affection constituée*, et maintenant patente pour un observateur prévenu, l'efflorescence est un soulèvement

papuliforme plan, arrondi, ou conique, léger, quelquefois de la couleur normale de la peau dans les points où le système pileux prédomine sur le sébacé, mais, dans les autres, blanc sale, grisâtre, jaunâtre, quelquefois noir ou noirâtre, selon la couleur de la peau et le degré de la séborrhée, sans orifice folliculaire appréciable ni trace d'ombilic, et traversé ou non, ou côtoyé par un poil. La main passée à la surface de ces éléments perçoit une sensation de rugosité, de râpe, plus ou moins accentuée.

Si l'on cherche à ruginer l'efflorescence, on éprouve une résistance vive; il faut faire effraction de la couche cornée pour enlever une petite masse en forme de clou à tête plan convexe, dont la partie inférieure représente une véritable petite corne, enchâssée dans une dépression infundibuliforme par une extrémité conique ou cylindrique, d'un blanc sale, de consistance demi-molle et un peu grasse au doigt. La dépression de la peau qui reçoit cette extrémité est un infundibulum à bords un peu saillants, papuleux; il correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Si plusieurs éléments sont enlevés à la fois, la peau apparaît inégale, rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoir; l'épiderme est conservé, et il n'y a pas de suintement sanguin.

De nombreuses variations d'aspect se produisent, particulièrement en rapport avec les localisations anatomotopographiques, selon que la région est riche en follicules pilo-sébacés, sébacés, sudoraux.

Sur le cuir chevelu, l'aspect est longtemps celui de la séborrhée sèche desquamative, avec cette particularité que les cheveux ne tombent pas et conservent leur adhérence. C'est seulement quand la couche pathologique a été ruginée que le cuir chevelu paraît tomenteux, et à la loupe surtout, montrant l'envahissement du périfollicule qui produit l'état lobulé. Ces caractères, avec des variations de degrés appartiennent à tous les points du corps dans lesquels le système pileux prédomine, en y comprenant les membres et les extrémités sur le côté de l'extension.

Sur le front, les régions temporales et la cavité de la conque, dans les sillons nasogéniens, et dans la dépression labio-mentonnière, aux mamelons, dans les sillons médians, antérieur et postérieur du thorax en ceinture autour de l'ombilic, dans les fosses iliaques et dans le sillon interfessier, les efflorescences épidermo-séborrhéiques, par leur réunion, forment des placards croûteux, d'aspect noirâtre, sordide ou huileux.

Dans ce dernier cas, la croûte proprement dite s'élimine spontanément, et l'orifice du follicule sébacé apparaît béant, contenant ou non, ou produisant par la pression, un comédon central; quand la croûte persiste et qu'elle est arrachée, on trouve les caractères déjà décrits ci-dessus. En même temps, comme symptôme accessoire, on peut reconnaître, aux lieux d'élection, de l'acné ponctuée commune, des follicules à orifice dilaté et encombrés de comédons simples qui, a

rapport de Darier, demeurent tout à fait indépendants de l'évolution psorospermique qui les entoure.

Sur le dos des mains, l'éruption montre, ainsi que sur le dos des doigts, l'aspect papuliforme simple, de petites masses blanc pâle, peu saillantes, très confluentes, très adhérentes, et qui, sauf la couleur, rappellent un peu le chagrinement de la peau qui précède la pustulation dans la variole confluente.

D'une façon un peu inattendue, on trouve à la paume des mains et à la plante des pieds des lésions qui échappent à un examen superficiel. L'extrémité des doigts, les lignes papillaires, sont couvertes de petites perforations ponctuées, peu profondes, sans altération de la couleur normale — ou de points jaunâtres (cas de Darier), très fins, saillants ou déprimés, nodules cornés microscopiques « fondus dans le revêtement épidermique corné de la région ; ils ne desquament pas et ne sauraient être extirpés ».

Chez notre malade, les lésions existent à la paume des mains et à la plante des pieds, aux points de pression du trépied plantaire, où il existe en même temps une hyperkératose manifeste. Aux mains et aux pieds, les ongles sont altérés, épaissis, friables et irréguliers sur les bords, tendant, aux pieds, à se recourber en griffes. Aux mains, les cannelures verticales sont très accentuées.

Dans le second stade, *stade de végétation*, les éléments cutanés consistent en saillies folliculaires à pertuis central, dont le revêtement corné est, en partie, éliminé, autour de l'infundibulum d'abord, lequel apparaît entouré d'un anneau rouge à teintes variées, mollasse, bourgeonnant, suintant, fétide, et occupé par un comédon imparfait ou simplement par de l'exsudat puriforme. Aux régions de confluence, ces éléments se juxtaposent inégaux, les uns comprimant, les autres comprimés, en même temps que la région entière est épaissie et soulevée. Le tout exhale une odeur fétide indéfinissable et absolument intolérable.

Chez notre malade, ces éléments acquièrent leur maximum de développement dans la région qui s'étend depuis le pli sous-abdomino-pubien jusqu'à la région la plus reculée de l'espace interfessier, où elles constituent une agglomération extraordinaire — dont aucune description ne peut donner une idée — de tumeurs végétantes, sanieuses, sordides, très douloureuses à tous les contacts extérieurs. Des îlots semblables s'observent dans tous les points où il y a des surfaces de contact, de grands sillons ou des plis : régions nasogéniennes, bords palpébraux, sillons antérieur et postérieur verticaux du thorax ; l'ombilic ; la fossette du sacrum, etc.

Un autre mode de végétation plus diffus, et sec, se constate dans les régions où les mêmes conditions ne se trouvent plus. Au cuir chevelu, notamment, la peau apparaît mamelonnée irrégulièrement, présentant, sur les sommets, des bouquets de poils réunis, dans un infundibulum commun, sains, et n'ayant pas perdu leur adhérence normale. Sur la lisière du cuir chevelu et des sourcils, aux oreilles, même état tomen-

tial avec dilatation des orifices sébacés ou sébacéo-pilaires, oblitérés par un comédon noir à sa surface exposée, ou laissant voir un comédon mollasse qui s'accentue par la pression.

Sans que l'on puisse encore en préciser la signification ou la valeur, chez l'un de nos malades et chez le malade de White, il existait des lésions buccales et linguales de l'ordre des stomatites épithéliales — plaques blanches. Ce point est à réserver pour les observations ultérieures, mais doit être signalé.

II

Il y a peu, l'origine et la genèse d'une semblable affection étaient profondément obscures, et l'on en eût été réduit à reproduire, pour chercher à la comprendre, la complainte inévitable de l'action des dyscrasies ou des lésions centrales.

Mais une lumière inattendue est sortie des recherches de J. Darier, le savant chef du laboratoire histologique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, à qui la science dermatologique est déjà redevable de tant de contributions importantes. Non seulement il a analysé, avec son talent habituel, les lésions élémentaires, mais encore il en a trouvé et en a démontré la source épidermozoaire.—Voy. Darier, De la psorospermose, *Comptes r. hebd. de la Soc. de Biologie*, févr., mars et avr. 1889; et *De la psorospermose folliculaire végétante*, étude anatomopathologique d'une affection cutanée non décrite ou comprise dans le groupe des acnés sébacées, cornées, hypertrophiantes, des kératoses (ichthyoses) folliculaires, etc., *in Annales de Dermat.*, 2e série, t. X, 1889, 25 juillet, p. 597 et suiv.

Voici, textuellement, l'exposé des lésions histologiques, donné par Darier; — les examens ont été faits biopsiquement sur les malades des observations I et II de la *Thèse citée* de Thibault :

L'examen histologique de fragments excisés en diverses régions du corps m'a d'abord révélé l'identité absolue des lésions chez nos deux malades, à tel point qu'on ne saurait distinguer les préparations qui proviennent de l'un ou de l'autre d'entre eux. J'ai eu entre les mains, pour les avoir choisis à dessein, les différents degrés d'évolution de la maladie, et j'ai pu m'assurer ainsi que les tumeurs correspondent bien à un stade de développement plus avancé de la lésion représentée, à l'origine, par une simple croûte surmontant une papule.

Pour acquérir une idée d'ensemble des altérations cutanées, il convient d'examiner d'abord, à l'aide d'un faible grossissement, une coupe d'un des éléments de dimension moyenne. On constate ainsi — fig. 1, mémoire cité — que c'est au col des follicules pilo-sébacés que siègent principalement les lésions, mais non exclusivement, comme je le dirai dans la suite. On sait qu'au-dessus du niveau de l'embouchure de la glande sébacée, la structure des parois folliculaires est tout autre qu'au-dessous; dans cette portion, appelée aussi entonnoir du follicule ou canal pilaire (Besnier), on ne distingue ni gaine épithéliale interne ni gaine externe, mais un revêtement épidermique en tout semblable à celui de la surface de la peau, c'est-à-dire composé d'une couche malpighienne, d'un stratum granulosum et d'une couche cornée qui est en contact avec le poil. En d'autres termes, on peut dire que le col du follicule n'est qu'une invagination de l'épiderme. Il était

nécessaire de rappeler cette notion, puisque, ainsi que je l'ai dit, c'est presque toujours en ce point que les altérations sont localisées.

Le col du follicule est dilaté, élargi en cône largement ouvert ou évasé en cupule et rempli d'un amas cohérent d'une substance d'apparence cornée qui s'élève du fond de l'excavation et vient faire saillie à l'orifice externe; le poil est conservé et traverse ce bouchon, ou bien passe à côté. Cette substance d'apparence cornée correspond à la croûte adhérente, à la petite corne dure et brunâtre qui a été signalée dans la description clinique.

On remarque, en outre, que secondairement il s'est produit un bourgeonnement papillomateux des parties latérales et profondes de la cupule folliculaire. A l'état normal, il n'y a jamais de papilles le long du canal pilaire; ici l'on trouve, plus ou moins marqués, selon, sans doute, que la lésion est plus ou moins ancienne, des sinuosités de la ligne d'implantation de l'épithélium, ou des papilles parfois très allongées. Sous l'influence d'une irritation chronique, l'épiderme a bourgeonné dans le tissu conjonctif, tandis que celui-ci envoyait en sens inverse des expansions ou végétations coniques ou digitiformes. Il en résulte un enchevêtrement des deux tissus d'autant plus intime que la membrane basale, qui les sépare au début, semble avoir disparu par places. Il est manifeste que la saillie que faisaient un grand nombre des follicules malades à la surface de la peau ne reconnaît pas d'autre cause que ce bourgeonnement papillomateux qui s'étend autour d'eux. Je reviendrai plus bas sur le degré très prononcé que peut atteindre ce processus quand la papule devient tumeur.

A ces altérations de la portion supérieure des follicules, il est curieux de comparer l'intégrité absolue de leur partie profonde et des glandes sébacées. Sur mes coupes, montées en série, j'ai vu toujours que les racines du poil, ses gaines épithéliales internes et externes, ainsi que la glande sébacée, avaient conservé leur structure normale. On ne peut même apercevoir de dilatation des culs-de-sac glandulaires indiquant de la rétention, ni la moindre trace d'exsudation cellulaire périfolliculaire marquant un certain degré d'irritation sous l'influence du bouchon qui obture l'orifice.

L'intégrité de la glande sébacée explique sans doute la forte portion de graisse qui imbibe le contenu des follicules pilo-sébacés, ainsi que l'a constaté M. Hallopeau.

Telles paraissent être les lésions à un examen superficiel, telle est au moins leur topographie microscopique, et je n'avais pas poussé plus loin leur étude au moment de la présentation de l'un de nos sujets à la réunion clinique des médecins de l'Hôpital Saint-Louis. (*Ann. de Dermat.*, 1889, p. 22.)

On aurait pu se demander quel était l'élément primitif de la formation du bouchon corné, ou des végétations papillomateuses; mais le bouchon corné existant même dans certains follicules où l'on n'apercevait encore aucun bourgeonnement, il était évident que ce dernier processus était secondaire. Les kératoses folliculaires, telles que l'ichthyose folliculaire, le lichen pilaire, le pityriasis pilaire, dans lesquels le canal pilaire est obstrué par des cellules cornées, ne s'accompagnent d'aucune réaction analogue. Il fallait donc chercher ici quelque chose de spécial, et c'est ce qu'une analyse histologique m'a permis de découvrir.

J'ai étudié d'abord la substance d'apparence cornée qui forme le bouchon folliculaire. Sur des coupes minces, non colorées, cette substance semble avoir une texture plus dense et plus homogène que la couche cornée voisine et présente une légère teinte jaunâtre. Par le picrocarminate, elle prend une nuance orangée; par l'acide osmique, elle devient noire, mais d'un noir fauve; les colorants nucléaires, tels que l'hématoxyline ou le carmin aluné,

y décèlent des noyaux très abondants ; enfin, sur des coupes après l'action prolongée des bichromates, les cellules qui la composent ne se gonflent pas et leur ensemble n'a pas l'aspect réticulé. Ce sont là des réactions qui ne permettent pas de confondre cette matière avec la substance cornée ordinaire.

A la partie profonde du bouchon, là où il prend son origine sur l'épithélium de l'entonnoir folliculaire dilaté, au niveau des papilles que j'ai dit exister le plus souvent en ce point, on ne trouve pas un stratum granulosum et un corps muqueux de Malpighi réguliers. Les cellules, loin d'être unies, comme d'ordinaire, par des filaments d'union, y sont comme désagrégées. Un grand nombre d'entre elles ont l'aspect de corps tout à fait ronds, entourés d'une membrane réfringente à double contour très évident, ce qui leur donne un peu l'apparence qu'ont les cellules de cartilage renfermées dans leur capsule. Cette membrane contient un protoplasma granuleux, qui souvent la remplit incomplètement et au milieu duquel on aperçoit généralement un noyau bien limité et muni de nucléoles. Ces caractères et l'absence de filaments d'union permettent de distinguer facilement ces corps ronds au milieu des cellules épidermiques. On en trouve indifféremment à toute hauteur de la couche de Malpighi, et cela même au niveau de la première rangée de cellules cylindriques. A la hauteur de la couche cornée, ces corps ronds subissent une sorte de condensation, deviennent moins facilement colorables et se transforment en grains réfringents dont l'accumulation constitue le bouchon de matière pseudo-cornée. Fréquemment on trouve, au sein du bouchon, un ou plusieurs globes épidermiques.

J'ai laissé pressentir, ci-dessus, que les lésions n'étaient pas strictement bornées aux orifices folliculaires. Et, en effet, j'ai trouvé parfois, au voisinage d'un follicule atteint, une petite masse de substance pseudo-cornée correspondant à l'orifice d'une glande sudoripare, ou simplement au-dessus d'un bourgeon interpapillaire un peu large. Toujours j'ai pu retrouver, dans le corps muqueux, au-dessous de cette masse, les mêmes corps ronds avec les caractères que j'ai indiqués.

Les préparations obtenues par dissociation donnent des résultats non moins caractéristiques. Il suffit d'extirper un bouchon folliculaire et de le dissocier dans la potasse, ou mieux de le ramollir par un séjour dans de l'ammoniaque diluée et de colorer ensuite par une solution d'iode ioduré ou d'hématoxyline, pour avoir sous les yeux une quantité innombrable de corps ronds et de grains. Dans la partie profonde, plus molle, du bouchon, on trouve des corps ronds avec une membrane réfringente plus ou moins épaisse, un noyau plus ou moins net, et l'on constate avec la plus grande facilité que ces corps sont compris dans l'intérieur de cellules épithéliales dont ils refoulent latéralement le noyau. Sur des cellules isolées qui nagent et roulent dans le liquide, on se convainc de la réalité de ce siège intracellulaire qui a la plus grande importance au point de vue de l'interprétation de ces corps. La partie dure, externe, du bouchon est entièrement composée de grains réfringents, plus petits que les corps ronds, au milieu de chacun desquels les matières colorantes permettent de déceler un noyau. Les grains ne sont plus, généralement, contenus dans des cellules ; mais entre eux il existe des cellules, imparfaitement kératinisées, puisqu'elles contiennent un noyau, qui portent en croix l'empreinte des grains.

De quelle nature sont ces corps ronds et ces grains ? On ne pouvait, en aucune façon, y voir des éléments épithéliaux ayant subi l'une des dégénérescences connues ou même une dégénérescence spéciale. Leurs caractères tranchés sans forme de transition avec les cellules normales, leur membrane épaisse et réfringente qui n'appartient à aucune cellule des vertébrés supé-

rieurs, sauf aux cellules de cartilage, leur distribution en apparence fortuite au sein de la couche de Malpighi où on les trouve soit isolés, soit groupés à n'importe quelle hauteur, enfin et surtout leur siège *intracellulaire*, conduisent forcément à y voir des corps étrangers à l'organisme, des parasites en d'autres termes. Telle a été d'emblée, au vu de mes préparations, l'impression de mon maître, M. Malassez, et celle de M. Balbiani, professeur au Collège de France. Tous deux m'ont affirmé qu'ils reconnaissaient dans ces corps des psorospermies ou coccidies bien caractérisées, c'est-à-dire des organismes de la classe des sporozoaires.

Pour achever la description des lésions de la psorospermose folliculaire végétante, il me reste à parler de la structure des tumeurs volumineuses qui siégeaient à la région inguinale de l'un de nos malades :

Sur les coupes de celle que j'ai excisée (fig. 6), j'ai trouvé le col d'un follicule pileux dilaté au point de former une cavité kystique, communiquant avec l'extérieur par un orifice étroit. Dans le fond de la cavité, s'abouche le follicule proprement dit, qui est relativement peu altéré ; des parties latérales du kyste partent de larges diverticules qui plongent profondément dans le derme en entourant le follicule comme un manchon. Ces diverticules sont remplis de végétations ramifiées en tous sens et renflées en chou-fleur, qui ne laissent entre elles que des lacunes anfractueuses peu étendues. Chaque végétation est formée d'un axe conjonctif muni de larges capillaires, et tapissée extérieurement d'un épithélium irrégulier, à une ou plusieurs rangées de cellules. Dans les parois du diverticule, à la base des végétations, se voient des cylindres épithéliaux qui pénètrent dans le tissu conjonctif voisin et qui, manifestement, l'envahissent de proche en proche. Un observateur non prévenu à qui l'on montrerait ces végétations et ces cylindres épithéliaux ne manquerait pas de diagnostiquer un épithéliome à point de départ folliculaire. Un examen minutieux, à l'aide de grossissements suffisants, permet de reconnaître, au milieu des cellules épithéliales qui recouvrent les végétations, un nombre colossal de psorospermies. Souvent on voit les cellules se disposer concentriquement et en plusieurs couches autour d'un ou de plusieurs parasites, et constituer ainsi un globe épidermique des plus caractéristiques. Les lacunes intermédiaires aux végétations, ainsi que la cavité dilatée du col folliculaire, sont remplies de psorospermies, à l'état de corps ronds enkystés ou de grains réfringents, et de globes épidermiques abondants; on y trouve, en outre, des cellules épithéliales plus ou moins altérées, des globules de pus et des bactéries de toute forme. C'est d'un mélange de ces divers éléments qu'est composée la matière d'apparence sébacée et d'odeur fétide que l'on peut extraire des tumeurs par la pression.

L'interprétation de ces tumeurs aurait été fort délicate à donner si l'on n'avait eu, pour se guider, la connaissance des degrés moins avancés de la lésion. Quand on compare notre figure 6 avec le stade de la figure 2, il est facile de comprendre que la tumeur en dérive directement par l'accroissement démesuré des papilles et des bourgeons épithéliaux qui ont pris naissance au col du follicule.

Tout le processus pathologique qui caractérise la maladie que nous étudions, et dans lequel on voit, à la simple accumulation d'une matière spéciale dans le col folliculaire, succéder un bourgeonnement papillomateux conduisant à la formation d'une tumeur analogue à un épithéliome, serait donc la conséquence de psorospermies qui ont envahi le follicule pileux.

III

Il est aisé de comprendre quelle lumière imprévue projettent sur ces kératoses folliculaires les découvertes de Darier ; mais il ne faudrait pas croire que la question soit épuisée ; il reste à savoir où l'homme a puisé l'élément psorospermique et comment il s'implante. Il reste à rechercher pourquoi les coccidies se multiplient symétriquement, avec une solidité et une sûreté si remarquables, chez un sujet déterminé, sans que cette véritable colonisation du tégument entier se transmette par contagion, même à la femme de l'un des patients, après des années entières de lit commun, et sans qu'aucune des expériences d'inoculation déjà tentées aient été couronnées du plus léger succès. — Mais ces difficultés et ces apparentes incohérences ne sauraient étonner ceux qui ont réellement étudié les questions de transmissibilité des maladies les plus certainement microphytiques ou parasitaires ; elles ne doivent avoir d'autre résultat que d'exciter le zèle des chercheurs.

La *marche* de la psorospermose folliculaire est progressive, selon un développement régulièrement *symétrique*, qui étonnerait à bon droit si l'on n'était préparé à cette surprise en voyant d'autres affections de tout ordre être soumises à cette loi. En même temps que les premiers éléments s'accroissent, il s'en produit incessamment de nouveaux, et les colonies progressent en tout sens.

Aucun *trouble fonctionnel* important ne semble attaché à cette invasion de la presque totalité de la surface au corps par les coccidies ; la mort du malade de Lutz-Bazin paraît être indépendante de la lésion cutanée. Seuls, la ténacité des altérations, leur généralisation, l'insuccès des moyens de traitement usités jusqu'à présent, rendent le *pronostic* sévère.

Il est superflu, en présence de la caractéristique bactériologique de la psorospermose, de discourir sur le *diagnostic différentiel*. La recherche facile des psorospermies s'impose à présent dans tous les cas de folliculite séborrhéique ou autre ; et cette affection sera, à présent, aisément reconnue et trouvée partout.

Cliniquement, elle est facile à distinguer du molluscum contagieux de Bateman. Même dans ses formes généralisées ou déformées, on trouve toujours, quelque part, un *élément perlé* typique, sec, superficiel, énucléable sans difficulté dans sa totalité. Il n'y a vraiment pas matière à confusion, même cliniquement, nous le répétons, et alors même que l'on n'aurait pas le secours de la comparaison histologique des coccidies propres à chacune des deux affections.

Il n'y a que de grossières analogies entre la kérato-folliculite psorospermique et l'*acné cornée*. Dans la première, l'aspect corné du bouchon folliculaire est presque exclusivement composé de psorospermoses à l'état de grains, et repose sur une couche épidermique dont les éléments sont désagrégés et remplis de parasites enkystés — Darier. — Dans la seconde, l'acné cornée, la substance qui obstrue l'orifice du follicule est réellement et uniquement composée de cellules épidermiques kératinisées, ou en voie de kératinisation et encore vivaces (?). Ces cellules reposent sur une couche granuleuse, épaisse,

parfaitement continue, — elle est irrégulière et interrompue par places dans la psorospermose, — et notablement plus riche en éléidine qu'à l'état normal — DARIER. — C'est une kératose vraie, une angiokératose folliculaire simple. — Comparez la figure I du mémoire de DARIER, *loc. cit.*, avec figure IV de LELOIR et VIDAL, *loc. cit.*

Dans les premiers stades, le traitement est déjà difficile. Nous n'avons jamais pu arriver, même chez la malade de l'observation I de la thèse de Thibault, qui en était alors aux préliminaires, à éteindre la prolifération des colonies, ni par la rugination, ni par le savon, ni par le mercure.

Chez le malade de l'observation II, notre insuccès a été persistant. Nous arrivions bien à modérer la prolifération psorospermique à la surface par des applications mercurielles grasses, ou par les emplâtres, mais l'absorption, très active à la surface de ces efflorescences, amenait rapidement des accidents buccaux qui obligeaient à tout interrompre. Aucun des autres agents que nous avons employés, acide phénique, acide salicylique, soufre, goudron, etc., n'a eu d'action.

Enfin, il aurait fallu, pour détruire chirurgicalement les éléments végétants des régions ano et abdomino-génitales, avoir recours à des mesures d'une telle gravité, que nous n'avons pas cru devoir les proposer.

VI

Folliculites et périfolliculites agminées.

Il faut entendre par ces mots des affections inflammatoires aiguës, subaiguës, ou prolongées, ayant pour siège anatomique essentiel l'atmosphère connective du follicule pilaire, et, par extension, du diverticule sébacé annexe, pouvant reconnaître des causes diverses et revêtir des formes individualisées.

Ces affections, étudiées depuis dix ans avec un soin particulier, à l'aide de la biopsie et de la bactériologie, ont été vivement éclairées par les travaux des auteurs que nous allons indiquer, mais elles n'étaient pas « méconnues » et, personnellement, nous les déterminions cliniquement avec assez de précision pour qu'il eût pu être tenu meilleur compte de ce que nous avions observé et de ce que nous enseignions couramment.

Le type ancien de ces affections était le sycosis trichophytique en plaques, classiquement connu, dont la nature et le siège étaient absolument déterminés; de plus, sous le nom de dermite anthracoïde, on reconnaissait les cas aigus non trichophytiques des parties non velues.

Ce n'est pas tout, ayant rencontré souvent des dermites anthracoïdes en plaques, certainement non trichophytiques, nous les appelions *idradénites* ou *folliculites* et *périfolliculites*. — BARTHÉLEMY, dans un travail intitulé : Sur un cas de sycosis non parasitaire généralisé, etc., *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. II, 1881, a bien voulu rappeler que notre diagnostic, quand il nous présenta son malade en 1880, avait été « *péri-*

adénite folliculaire ou folliculite; et LELOIR — *Soc. anat.*, févr. 1881 — a bien voulu également écrire que nous avions rejeté chez sa malade le diagnostic de sycosis, et considéré l'affection en litige comme une *idradénite suppurée conglomérée.* PALLIER — Des périfolliculaires suppurées, agminées, en plaques, *Thèse* de Paris, 1889 — n'eût rien retranché au mérite de son travail important, en faisant plus explicitement ces constatations.

Cela dit, déclarons de suite que le groupe n'a réellement pris corps que depuis la publication du mémoire de LELOIR sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards — *Annales de Dermatologie*, 1884, 2e série, t. V, p. 437. Après quelques observations isolées, se place la thèse de PALLIER, citée tout à l'heure, faite sous la direction et dans le laboratoire de QUINQUAUD. Aux formes vulgaires de LELOIR, PALLIER ajoute une variété subaiguë rebelle et plus virulente, dont une observation avait déjà été publiée sous le nom d'*impétigo sycosiforme*, par A. PONCET (de Lyon) — Impétigo sycosiforme du pouce et de la face dorsale de la main droite, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. VIII, 1887, p. 435. — Voyez aussi QUINQUAUD, Folliculites agminées, serpigineuses à marche lente. — *Réunion heb. des méd. de St-Louis*, janvier 1889.

Si nous n'étions limités par l'espace, nous aurions à discuter la constance du siège anatomique et la question des péri-adénites sudoripares canaliculaires — à établir qu'il y a des formes irritatives vulgaires, banales, simples, à irritant variable, de cause externe simple — Voy. LELOIR, De la folliculite et de la périfolliculite des fileurs et des rattacheurs (bouton d'huile), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. X, 1889, p. 672, et E. WARGNIER. De la folliculite et périfoll. chez les fileurs, etc., Thèse de Lille, 1889 — ; des variétés toxidermiques, bromopotassiques particulièrement, etc.

Mais nous jugeons plus utile pour le lecteur de mettre sous ses yeux les conclusions textuelles de la *Thèse* de PALLIER, en le renvoyant, pour la lecture des observations et les détails, à la monographie importante de cet auteur et aux publications de LELOIR, citées ci-dessus.

Les périfolliculites suppurées agminées en plaques des parties glabres de la peau constituent maintenant une entité morbide bien définie, qui doit prendre place dans le cadre nosologique des maladies cutanées.

Dans la classification, sa place est marquée auprès du sycosis non parasitaire, avec lequel elle a des rapports anatomiques très étroits. Au point de vue microbien, on la rangera entre le furoncle et le clou de Biskra.

Un seul placard plus ou moins étendu est la manifestation ordinaire de cette lésion ; il en existe quelquefois deux, rarement trois ; la multiplicité des plaques est exceptionnelle.

L'affection est rigoureusement cantonnée dans la partie du derme atteinte par l'inflammation ; la peau est libre sur les parties profondes : pas de retentissement de voisinage dans les lymphatiques et les ganglions ; pas de douleurs vives, un peu de gêne, quelques démangeaisons ou élancements pendant la nuit.

Elle siège surtout sur les parties découvertes, et particulièrement sur le dos des mains et sur les avant-bras, jamais dans la paume des mains ou à la plante des pieds. Elle évolue indépendante de l'état général du sujet, de son âge ou de son sexe.

A la période d'état, le placard caractéristique est bien circonscrit, nettement délimité, à bords curvilignes arrondis et non géographiques ; intégrité de la peau tout autour ; surface mamelonnée, anfractueuse, boursouflée, inégale, irrégulière, souvent recouverte de croûtes ou de pus.

D'un point initial gros comme une lentille ou un petit pois, l'inflammation s'étend excentriquement et progressivement ou avance par poussées successives circonférentielles.

Sur la surface enflammée, orifices multiples qui donnent à la lésion l'aspect d'une véritable écumoire ; dans l'intervalle, petits amas jaunâtres sous-épidermiques, correspondant aux glandes folliculo-sébacées dilatées. Par la pression, on fait sourdre des gouttelettes de pus des boudins vermicelliformes. Aspect d'une pomme d'arrosoir, qui est pathognomonique.

Cinq variétés cliniques : 1° forme *commune* de Leloir, qui atteint sa période d'état en dix ou douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines ; — 2° forme *phlegmoneuse* ou *anthracoïde*, complication surajoutée et passagère de la précédente, constituant un retard dans la régression ; — 3° forme *papillomateuse*, d'une durée beaucoup plus longue, avec exubérance et anfractuosités plus grandes de la surface ; — 4° forme *pseudo-ulcéreuse*, plus tenace, récidivante, suppurant plus longtemps et sans tendance à la guérison ;— 5° forme *serpigineuse* et *virulente*, qui peut apparaître d'emblée ou être une transformation des premières ; caractérisée par des poussées successives, sans ordre et sans méthode, sur les limites du placard ; durée indéterminée de plusieurs mois.

Au point de vue anatomopathologique, c'est une inflammation et suppuration des glandes folliculo-sébacées avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires et hyperkératinisation de l'épiderme.

L'examen bactériologique nous a montré, dans le pus et dans les tissus envahis, de nombreux monocoques et diplocoques en grains inégaux, disséminés entre les cellules et dans leur intérieur, avec quelques éléments de chaînettes : microbes pathogènes ou indifférents de la suppuration. Les cultures et les inoculations ne nous ont pas permis de voir d'autres bactéries. Le staphylococcus pyogenes albus de Rosenbach nous a paru être toujours présent en quantité considérable dans nos préparations.

C'est donc une lésion d'origine microbienne, dans laquelle la bactérie pathogène, à l'état latent sur la peau, pénètre par effraction dans les glandes et trouve, dans les tissus prédisposés, un milieu de culture très favorable.

Cette prédisposition des tissus cutanés est due en grande partie à l'exposition à l'air vicié par les poussières, au contact persistant de liquides malpropres ou irritants, à la stagnation momentanée ou continuelle de tous ces détritus à la surface de la peau, aux traumatismes et aux inflammations ordinaires des parties exposées. La lésion n'est pas contagieuse d'individu à individu, ni sur le même sujet, quand la partie de la peau inoculée n'est pas dans des conditions favorables de réceptivité.

L'affection se rencontre le plus ordinairement chez les ouvriers touchant des matériaux malpropres; chez les sujets peu soigneux, en contact continuel ou passager avec des liquides contaminés; chez ceux qui soignent habituellement des animaux ou chez les cultivateurs qui, dans leurs occupations diverses, sont exposés plus que les autres à la contamination.

Le diagnostic est à faire principalement avec la trichophytie, l'acné agminée, l'anthrax, le clou de Biskra, l'épithélioma, le tubercule anatomique, l'eczéma, le lupus et la syphilis à ses différentes périodes.

Dans le pronostic, très réservé au point de vue de la durée et du degré de

ténacité de l'affection, il faut tenir compte de la négligence du sujet et de son désir d'être soigné, car, ici, il faut tout attendre d'une médication bien conduite.

On devra se proposer, dans la thérapeutique, de rendre à la surface cutanée sa résistance par le repos et d'atteindre le micro-organisme pathogène dans les culs-de-sac glandulaires par des moyens appropriés. Dans les cas ordinaires sans grande virulence, qui suppurent franchement et restent presque stationnaires, des bains prolongés pour dégorger les tissus, un pansement antiseptique par occlusion et compression de ouate, suffisent pour amener la guérison en quelques semaines. Dans les cas graves par la durée, l'extension et la récidive, on pourra adjoindre aux premiers moyens des cautérisations énergiques au thermocautère ou au nitrate d'argent, des applications de solutions antiseptiques assez fortes d'acide phénique ou de sublimé. Si on ne réussit pas ou si le cas est particulièrement virulent, on fait un grattage très énergique à la curette, jusque dans la profondeur du derme, on cautérise et on fait un pansement occlusif qu'on surveille très assidûment. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ÉRUPTIONS PUSTULEUSES (PUSTELAUSSCLÆGE)

Depuis Willan surtout, beaucoup d'auteurs ont systématiquement employé les mots impétigo, ecthyma, phlyzacion, psydracion, pour désigner soit des éruptions bornées à quelques pustules, soit des maladies étendues de la peau dans lesquelles il se produit une grande quantité de pustules (impetigo sparsa, figurata, etc., etc.), mais surtout quand celles-ci sont localisées sur les membres inférieurs.

Hebra a clairement démontré combien cette manière particulière d'envisager les éruptions pustuleuses était erronée et peu justifiée.

Il nous suffira de rappeler que des pustules, c'est-à-dire des vésicules et des phlyctènes épidermiques renfermant un contenu purulent (phlyzacion, impetigo) et des nodosités dures, qui se fondent par voie de suppuration (ecthyma), apparaissent partout où il survient une inflammation exsudative ou aiguë, diffuse ou circonscrite dans la partie la plus superficielle du chorion et dans la couche papillaire. Il se développe donc des pustules *idiopathiquement* dans l'inflammation traumatique, calorique de la peau, etc., par suite du grattage: dans l'eczéma, le prurigo, la gale ; après des frictions de pommade mercurielle d'Autenrieth; dans certaines circonstances enfin qui disposent à l'inflammation et qui résident dans la peau même, comme dans l'acné, le sycosis. Dans la variole, la morve, la syphilis, les accidents métastatiques, les pustules sont *symptomatiques*. Dans toutes ces affections, les pustules ne représentent donc qu'un phénomène partiel de ces maladies, et localement une exagération de l'inflammation arrivant à suppuration. Aussi n'avons-nous aucune objection à faire, si,

dans le seul but de bien préciser le caractère momentané d'une éruption, lorsqu'elle se manifeste sous forme de pustules, on maintient les noms d'impétigo et d'ecthyma. Seulement, il faut y ajouter la désignation de la maladie fondamentale ou de la cause occasionnelle, par exemple: pustules d'ecthyma aux membres inférieurs par suite de prurigo ou de poux des vêtements, ou bien impétigo succédant à un eczéma ou produit par des poux de tête. Mais nous ne pouvons considérer comme des affections idiopathiques l'impétigo et l'ecthyma qui surviennent dans ces circonstances. La seule forme que l'on puisse mentionner spécialement comme une maladie *sui generis*, c'est celle que Hebra a désignée sous le nom d'impétigo herpétiforme.

IMPÉTIGO HERPÉTIFORME

Jusqu'ici, à la clinique de Vienne, cette affection n'a été observée que dans treize cas (1); tous (2) se sont présentés chez des femmes enceintes et ont fait le plus souvent leur apparition dans les derniers mois de la grossesse et, à part les exceptions que je citerai plus tard, se sont terminés par la mort (3).

Mais une fois j'ai vu la maladie survenir chez un jeune homme de vingt ans, atteint de marasme, qui était entré à la clinique au mois

---

(1) Ce chiffre de treize cas, pour la seule clinique de Vienne, est bien extraordinaire. En France, bien que l'attention des observateurs — dermatologistes ou gynécologistes — soit depuis de longues années attirée sur cette question, nous ne pourrions pas en produire une seule observation, et, dans la littérature des autres pays, en dehors de celles qui sont rapportées plus loin par KAPOSI, nous n'avons presque rien pu recueillir, malgré des recherches étendues. Non pas que plusieurs observations n'aient été présentées sous ce titre, mais parce que la plupart ne le justifient pas, soit par insuffisance de preuves descriptives, soit parce qu'il a été manifestement fait confusion entre l'impétigo de HEBRA et la dermatite de DUHRING. Cette confusion, nous devons le dire — malgé la déclaration récente de DUHRING, qui reconnaît à présent la distinction entre la dermatite pustuleuse de HEBRA et la dermatite herpétiforme — se prolongera longtemps encore, car il existe des faits *de transition* absolument ambigus.

E. B. — A. D.

(2) Il est à présent certain que les dermatites pustuleuses du type de HEBRA *ne sont pas toutes* liées à la grossesse.

E. B. — A. D.

(3) Ce caractère n'est pas plus absolu que les autres, et le deviendra de moins en moins, quand les observations seront multipliées. Cf. H. MARET, Ueber die Impetigo herpet. Hebra's — *Inaug. Dissert.* Strasburg, 1887. E. B. — A. D.

d'avril 1884. Chez ce malade, le processus avait commencé aux plis scroto-fémoraux, sous une forme que des médecins peu exercés auraient pu prendre pour de l'eczéma intertrigo. Mais le processus était si caractérisé que, bien que ce fût une personne du sexe masculin, je crus devoir porter le diagnostic d'impétigo herpétiforme. La marche ultérieure de la maladie fut identique à celle que j'avais observée jusqu'à ce jour chez des femmes, et la mort survint au bout de deux mois. Un deuxième cas chez un jeune homme de dix-huit ans a été publié récemment (1886) par Pataky, l'assistant de Geber (1).

Dans tous les cas, les symptômes ont été les suivants et se sont présentés chez tous sous une forme analogue :

Ce sont des petites pustules, des soulèvements de l'épiderme, serrés les uns contre les autres, disposés par groupes, de la grosseur d'une tête d'épingle, remplis d'un contenu opaque, devenant plus tard jaune verdâtre; ils sont limités à des taches variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, reposant sur une base rouge, modérément tuméfiée. Ces efflorescences ont pour siège le pli de l'aine, le nombril, les seins, le creux de l'aisselle, et ultérieurement aussi beaucoup d'autres parties du corps. Ces pustules se dessèchent dans l'espace de un à deux jours en une croûte d'un brun sale, pendant que, immédiatement autour de cette croûte, il apparaît, sous forme d'un cercle simple, double ou triple, de nouvelles pustules pareilles aux premières et ressemblant à des perles, et qui, en se desséchant, augmentent le volume de la croûte centrale. C'est ainsi que la maladie, partant de quelques points primitifs isolés, s'étend, comme cela a lieu pour l'herpès circiné, sur de grandes régions de la peau, et que les foyers voisins finissent par se rejoindre. Quand les croûtes tombent, la peau est rouge et revêtue d'un épiderme nouveau, ou bien il n'y a pas d'épiderme, la peau est suintante comme dans l'eczéma, infiltrée et lisse, ou bien elle montre des papilles dénudées, mais jamais elle n'est ulcérée. Enfin, au bout de trois à quatre mois, la surface presque entière de la peau est envahie par la maladie; elle est le plus souvent tuméfiée, brûlante, couverte de croûtes, présen-

---

(1) Les cas de SCHWARTZ, HEITZMANN, LIVEING, DU MESNIL et MARX, etc. — Voy. plus loin — ajoutés à ceux que vient de rapporter l'auteur, montrent que la coïncidence de l'impétigo herpétiforme avec la grossesse n'est pas absolue.

Ajoutons que le professeur Kaposi croit, à présent, pouvoir rapporter à l'impétigo herpétiforme le cas qu'il a figuré dans son *Atlas*, et dont il a publié l'observation en 1889. — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Ueber die sogen. Framboesia, etc. E. B. — A. D.

tant des surfaces fendillées ou excoriées, qui sont encore entourées çà et là de cercles de pustules.

La muqueuse de la langue, du palais, du voile du palais, de la paroi postérieure du pharynx présentait aussi dans certains cas des plaques circonscrites, grises, déprimées au centre et, dans le cas ci-dessus, on trouva, à l'autopsie, au-dessus des plis de l'œsophage, des groupes de pustules de même nature ou transformées en petits ulcères, très nombreux surtout au voisinage du cardia.

Une fièvre continue rémittente, avec élévation de la température, et des frissons intercurrents annonçant chaque éruption nouvelle, enfin la sécheresse de la langue, des vomissements, le délire accompagnent la maladie. Outre l'éruption caractéristique que je viens de décrire, je n'ai vu que chez le jeune homme dont j'ai parlé de l'érythème lisse et ortié mêlé aux groupes des petites pustules et que parfois il précédait.

La question de la nature et de la signification de ce processus, à évolution particulière et grave, est devenue plus actuelle dans ces dernières années, surtout depuis que Duhring a fait à plusieurs reprises la tentative de le classer dans un groupe de maladies de la peau que l'on doit désigner, selon lui, sous le nom de dermatite herpétiforme. Divers auteurs, particulièrement Brocq, ont déjà démontré le mal fondé de cette interprétation (1).

Cette dénomination ne correspond pas à une forme clinique bien caractérisée, mais à une formule purement théorique ; elle réunirait des processus de cause, d'évolution et d'importance tout à fait différentes que, au point de vue du diagnostic et du pronostic, il est bon de séparer les uns des autres.

C'est précisément parce que nous ne savons presque rien de la cause des érythèmes, de l'herpès iris et circiné et des différentes formes de pemphigus, ainsi que de l'impétigo herpétiforme, qu'il est nécessaire de maintenir leur caractère clinique propre, puisque celui-ci représente le seul point positif et constant que, pour le moment, nous possédions sur ce sujet.

Or, relativement à l'impétigo herpétiforme, ce qu'il y a de caractéristique c'est l'apparition régulière de très petites pustules groupées sur une base enflammée avec tendance à marche périphérique, à évolution aiguë, fébrile, durant des semaines, tout au plus des mois, et à termi-

(1) Duhring — Congrès de Paris, 1889 — a déclaré que l'*impétigo herpétiforme* de Hebra-Kaposi ne se confondait plus pour lui avec la « dermatite herpétiforme ». Il est superflu de dire que nous approuvons et que nous louons ; mais nous faisons nos réserves expresses à l'occasion de certains faits intermédiaires — Voy. note 2, p. 803 et suiv. E. B. — A. D.

naison presque absolument fatale. Il ne faut donc pas considérer tout exanthème en groupes, avec des efflorescences sous forme de vésicules, comme un impétigo herpétiforme. Un tel exanthème appartient ou à l'herpès iris et circiné ou au pemphigus circiné. Il reste, toutefois, beaucoup de points obscurs relativement à cette maladie (1).

Le pronostic est défavorable, puisque, sur les douze cas qui ont été observés, la mort est survenue dix fois (2).

Il n'y a qu'une femme dont la guérison se soit maintenue, tandis que, chez une autre, après la guérison obtenue, la maladie récidiva quelques semaines plus tard et la mort survint ; chez une deuxième, la maladie se termina par la guérison après deux grossesses qui se succédèrent à un faible intervalle, et par la mort dans la troisième grossesse, qui se produisit dans le cours de la maladie.

L'accouchement n'a modifié en rien, dans ces cas, la marche du mal, non plus que la guérison finale, et, dans les autres, il n'a rien changé à leur terminaison fatale. A l'autopsie, on a trouvé dans un seul cas une endométrite avec péritonite; dans les autres, on n'a rien observé qui pût expliquer la mort. Chez le jeune homme dont il a été question, l'autopsie révéla une tuberculose étendue du péritoine et une pachyméningite chronique, outre un ramollissement séreux du cerveau. Dans les cas observés dans ces dernières années, il y avait pendant la vie, dans le contenu des pustules, de nombreuses bactéries à mouvements très vifs et une grande quantité de cocci.

Friedr. Schwarz trouva la même chose dans le contenu pustuleux d'un impétigo herpétiforme, qui s'est terminé d'ailleurs par la mort, et qui a été observé dans ces derniers temps chez une femme qui n'était pas grosse.

Cette maladie ne se montrant presque que chez les femmes enceintes, nous sommes conduits à en chercher la cause dans l'état de l'utérus, et par conséquent à rapprocher cette éruption des autres affections de la peau déterminées par un état pathologique utérin, tel que, par exemple, le *pemphigus hystérique*, le *pemphigus gestationis*, un certain nombre d'érythèmes et de variétés d'herpès qui doivent tous être interprétés comme des dermatoses par action réflexe des nerfs.

---

(1) Voy. plus loin l'*Appendice des traducteurs*, qui fait suite à la vingt-neuvième leçon. E. B. — A. D.

(2) Nous l'avons déjà dit tout à l'heure, cette fatalité du pronostic est à réserver : Les exceptions se multiplient ; il reste, en outre, à déterminer quelle part réelle prend la maladie dans les cas à terminaison funeste, et quel rôle pourra jouer, à l'avenir, la thérapeutique. E. B. — A. D.

Mais il y aura toujours une certaine analogie entre ces processus, l'impétigo herpétiforme et tant d'autres processus même cliniquement très différents.

Sous ce rapport, les deux cas de C. Heitzmann et de Fr. Schwarz sont très intéressants : dans chaque cas, chez une femme, l'impétigo herpétiforme (de Hebra) avait guéri, après quoi il se développa un pemphigus qui devint rapidement mortel ; en outre, le cas de Pataky, dans lequel il survint des vésicules et des bulles hémorrhagiques comme dans l'herpès iris; et, enfin, celui que j'ai observé chez ce jeune homme chez lequel de l'érythème ortié était mêlé à une éruption pustuleuse (1).

Il n'y a que deux faits dans lesquels la maladie ait été regardée comme étant une pustulose métastatique (Neumann), parmi lesquels celui du jeune homme avec tuberculose du péritoine. Auspitz a décrit cette forme sous le nom d'herpès végétant.

L'idée d'une maladie infectieuse ne doit pas être entièrement rejetée, notamment en ce qui concerne l'éruption pustuleuse rappelant des métastases, la fièvre intense et l'évolution fatale. Toutefois, nous n'avons pas été jusqu'à présent à même d'avoir à cet égard un point de repère réel. Dans le contenu des pustules, nous avons aussi, comme F. Schwarz, trouvé des cocci, des bactéries, des vibrions — ce qui ne veut pas beaucoup dire relativement aux nombreux micro-organismes que l'on observe à l'état normal dans les couches supérieures de l'épiderme (Bizzozero, Bordoni-Uffreduzzi) (2).

Dans tous les cas, le traitement a consisté en applications antiphlo-

---

(1) Tous ces points — « pemphigus » consécutif, « vésicules et bulles hémorrhagiques, » etc. — sont à vérifier au point de vue de la nosologie et de la nomenclature. E. B. — A. D.

(2) Nous ne saurions considérer les dermatoses pustuleuses auxquelles Hebra-Kaposi ont imposé la dénomination collective d'impétigo herpétiforme comme constituant une entité complètement définie et comme représentant une espèce unique. Pour nous, analogues, mais non identiques, ces diverses dermatites doivent être signalées à l'attention des observateurs sous une désignation provisoire, indiquant un *groupe*, et non une maladie fermée.

Leurs caractères objectifs communs, signalétiques consistent essentiellement en une formation de vésico-pustules groupées, qui se multiplient par la périphérie pendant que le centre se répare, puis s'agglomèrent pour couvrir des espaces plus ou moins considérables. L'éruption revêt alors un aspect eczémateux, ulcéreux, végétant, papillomateux, etc.; elle est disposée en plaques arrondies ou déformées, à contours festonnés syphiloïdes ; il existe des localisations bucco-linguales, et, dans les cas funestes, on relève des altérations viscérales diverses.

gistiques; plus tard, on a eu recours à des bains continus d'eau alcaline ou d'eau simple, aux pommades anodines, phéniquées, ou l'on a fait

---

La première représentation de ces faits appartient à HEBRA. Leur description a été poursuivie par le professeur KAPOSI avec son talent magistral, et admirablement figurée par lui dans les belles chromographies de son dernier mémoire — Impetigo herpetiformis, *in Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1887, p. 273.

Dans les notes de la première édition de cette traduction — t. II, note I, p. 49 — nous avons dénommé l' « *impétigo herpétiforme* » de HEBRA : « *dermatite pustuleuse circinée et excentrique* », repoussant la dénomination d'impétigo herpétiforme, à la fois parce que l'éruption n'a rien de l' « impétigo » compris au sens français et parce qu'elle ne ressemble pas davantage à l' « herpès » type. Sa *disposition éruptive* excentrique et circinée n'est pas exclusive à l'herpès, et la qualification d'herpétiforme ne lui convient ni au point de vue nosographique ni sous le rapport de la nosologie.

Tous ces arguments sont devenus plus valables encore depuis que le qualificatif « *herpétiforme* » a été donné par DUHRING à une nouvelle maladie, la dermatite herpétiforme.

Mais ce n'est pas seulement la dénomination d'impétigo herpétiforme que nous avons contestée : Nous avons également déclaré, dès cette époque, que nous ne voyions pas encore dans ces faits une maladie proprement dite, mais des affections multiples, d'ordre septicémique ou des lésions réflexes d'ordre trophique.

Les faits, publiés depuis, n'ont ni infirmé, ni dépassé notre opinion. On sait à présent que ce n'est pas seulement la grossesse qui peut produire des dermatites pustuleuses de cet ordre. Le rôle pathogénétique d'un agent microbien est seulement apparu un peu plus précis ; mais la question est encore si neuve et si vague — Voy. la publication la plus récente sur ce point — DU MESNIL et MARX — Ueber Impetigo herpetif. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, n° 5 — que rien de précis n'en peut être déduit sur la nature réelle de ces dermatites. On peut confirmer, seulement, ce que nous annoncions, à savoir que la maladie pustuleuse de HEBRA ne représente pas un type univoque, mais fait partie intégrante d'un groupe nouveau qu'il s'agit, à présent, de constituer à l'aide de faits nouveaux.

C'est notre dénomination, à peu de chose près, que notre savant collègue et ami M. HALLOPEAU a adoptée pour désigner l'affection observée par lui, dont il a présenté le sujet au Congrès dermatologique de 1889 comme type d'une affection non encore décrite, et qu'il intitule : « *Nouvelle forme de dermatite pustuleuse en foyers, à progression excentrique.* »

Voici ses caractères, tels que HALLOPEAU les a résumés lui-même (Voy., p. l'obs. complète et la discussion, le *Compte rendu officiel du Congrès de* 1889) :

« Cette maladie est constituée par la production de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers par de

usage d'un mélange de plâtre et de coaltar. En outre, on prescrit les remèdes usuels contre la fièvre et contre l'état général de l'organisme.

---

vésico-pustules miliaires; ils s'accroissent excentriquement, s'accompagnent de tuméfaction, de rougeur des téguments et d'un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, et, après s'être concrétés en croûtes épaisses, s'éteignent au centre tout en s'agrandissant progressivement ; ils ne laissent généralement d'autres traces que des macules fortement pigmentées ; ils occupent plus particulièrement les régions recouvertes de poils, le cuir chevelu, les aisselles, le pourtour de la vulve ; mais on les observe également sur des parties glabres, telles que les mains, le tronc et les cuisses.

Ils ne sont pas limités à la peau. La muqueuse buccale présente les mêmes altérations. De nombreux foyers de suppuration miliaire surmontent, à la face interne des joues et à la voûte palatine, des plaques bourgeonnantes, mamelonnées et creusées de sillons. Les mêmes altérations se voient sur la face dorsale de la langue, qui est également mamelonnée, creusée de sillons, et dont l'aspect rappelle, à s'y méprendre, celui d'une langue syphilitique.

Des plaques cutanées qui constituent les foyers agglomérés peuvent atteindre des dimensions considérables ; plusieurs d'entre elles ont plus de 10 centimètres de diamètre. Elles continuent à progresser aussi longtemps qu'elles ne sont pas convenablement traitées. A mesure que les boutons les plus anciens s'éteignent en laissant à leur place des saillies qui, d'abord rouges et indurées, s'affaissent et se transforment en simples taches, de nouvelles pustules se développent à la périphérie. Il se forme parfois de vastes phlyctènes remplies de pus. Ces lésions ne laissent généralement pas de cicatrices. Cependant on a vu une suppuration digitale entraîner la perte d'une phalange. La santé générale n'est pas troublée. La maladie se prolonge pendant plusieurs années.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Wickham, dénote la présence de staphylocoques, surtout du staph. albus.

Il s'agit évidemment d'une maladie parasitaire. On peut se demander si elle est liée à la pullulation des microbes vulgaires du pus, trouvant un milieu de culture exceptionnellement favorable, ou à l'intervention d'autres microphytes encore inconnus.

Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable.

Le diagnostic a présenté des difficultés.

On peut éliminer la *syphilide pustuleuse* et la *maladie de Duhring*. L'analogie est grande, au contraire, avec l'*impétigo herpétiforme de Hebra*. Cependant le fait que la maladie s'est développée au dehors de la gravidité et de l'état puerpéral, sa durée, sa bénignité, les suppurations profondes par lesquelles elle s'est manifestée, l'épaississement et l'induration du derme, enfin l'absence des troubles généraux, conduisent à la séparer de cet impétigo, et à la considérer comme une *nouvelle espèce morbide*.

C'est *une forme d'infection pyogénique chronique limitée aux téguments.* »

L'intérêt de cette observation est singulièrement accru de ce chef qu'il ne s'agit pas d'un cas sans analogue, mais d'une affection qui a certainement, jusqu'alors, été méconnue, confondue avec des lésions syphilitiques, ou considérée comme accidentelle.

Dans la séance du Congrès où Hallopeau a fait sa présentation, H. Feulard a montré un malade du service de Fournier, âgé de

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

4. ÉRUPTIONS BULLEUSES (*Blasenausschläge*) (1)

PEMPHIGUS

Pemphigus, définition du pemphigus, division générale en pemphigus vulgaire et pemphigus foliacé. Symptomatologie générale. Formes spéciales du pemphigus et leur pathologie, anatomie, diagnostic, pronostic et traitement.

Le pemphigus, pemphigus chronique, *Blasenausschlag*, est caractérisé par une éruption de bulles qui, affectant le type chronique, se reproduit à plusieurs reprises sur la peau et sur la muqueuse voisine.

Nous n'avons donc pas en vue ici la forme morbide dont nous nous sommes déjà occupés antérieurement (page 477) sous le nom de pemphigus aigu. En effet, ce qui caractérise le pemphigus (Sauvages), pemphigus chronique (Wichmann), pompholyx (Willan), dans le sens que lui donne Hebra, ce n'est pas seulement la forme bulleuse des efflorescences, mais aussi la marche chronique de cette affection, dans laquelle les bulles apparaissent par poussées continuelles ou périodiques.

L'extrême variété des symptômes de cette maladie a été cause

---

cinquante ans, présentant une forme de dermatite pustuleuse identique, avec localisations cutanées et buccales. — Voy. *Compte rendu officiel du Congrès de Dermatologie de* 1889.

Enfin, il reste à déterminer la place exacte de quelques faits voisins dont les analogies d'aspect sont telles que le diagnostic en reste fort délicat — Voy. Hautecœur, Dermatite polymorphe douloureuse aiguë de Brocq (Hydroa aiguë de Unna) présentant certains éléments éruptifs semblables à ceux de l'impétigo herpétiforme, *in Annales de Derm. et de Syph.*, 3e série, t. I, 1890.

Il serait prématuré d'établir des divisions fermées dans ce groupe en voie de création ; mais on entrevoit assez nettement des formes graves et des formes bénignes, des variétés symptomatiques ou secondaires et des variétés idiopathiques ou primitives. Les faits connus sont, à présent, assez précisés pour que les médecins aient l'attention ouverte ; c'est aux observations nouvelles, faites avec tous les éléments de jugement nécessaires, qu'appartient le dernier mot de la question.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le texte courant de la vingt-neuvième leçon ne sera interrompu par aucune note. Les additions que nous avons jugées nécessaires sur la question des *affections bulleuses* seront réunies dans un *Appendice* intitulé : Le Pemphigus et les Pemphigoïdes, qui fait suite à cette leçon.

E. B. — A. D.

que l'on a établi un très grand nombre de formes de pemphigus; H. Martius, par exemple, n'en mentionne pas moins de quatre-vingt-dix-sept variétés.

Si l'on s'en tient au symptôme le plus essentiel de cette affection, l'apparition de bulles sur la peau, il est impossible de ne pas reconnaître que tous les cas de pemphigus, si tranchés que puissent être, d'ailleurs, les phénomènes que présente chacun d'eux en particulier, peuvent être divisés en deux catégories, suivant le mode d'apparition et de marche des bulles. Dans la première, les différentes bulles suivent, dans leur développement et dans leur disparition, une marche typique qui aboutit à une reproduction complète de l'épiderme ; nous désignons ces formes sous le nom de pemphigus vulgaire sans avoir égard à toutes les circonstances accessoires possibles. Mais il y a d'autres cas où une semblable guérison n'a pas lieu. L'épiderme se décollant, se détache sous une forme serpigineuse, à partir du point primitivement envahi, de sorte que le chorion se trouve mis à nu dans une zone qui croît du centre à la périphérie et apparaît rouge et suintant. Ces variétés constituent le pemphigus foliacé (Cazenave).

PEMPHIGUS VULGAIRE

Cette affection se manifeste par des bulles bien formées, pleines, turgescentes. Dans la grande majorité des cas qui se présentent à notre observation, la maladie offre à peu près les caractères suivants :

Le développement de l'éruption est précédé de symptômes fébriles : frisson, élévation de la température de la peau, fréquence du pouls, malaise, vomissements, etc., etc. La fièvre accompagne également les poussées ultérieures avec un type continu rémittent, parfois avec un type régulièrement intermittent; elle tombe progressivement lorsque l'éruption bulleuse diminue, et elle augmente brusquement avant chaque nouveau molimen un peu intense.

Dans la plupart des cas, on voit apparaître sur la peau des taches d'un rouge vif, et aussi quelques plaques blanches légèrement élevées (*Quaddeln*), qui, en se développant, représentent les formes bien connues de l'érythème annulaire, linéaire, figuré, ortié, et se renouvellent d'une façon continue ou par poussées successives sur les parties les plus diverses du corps pendant toute la durée des éruptions bulleuses.

Les bulles s'élèvent en partie sur quelques-unes de ces taches érythémateuses et des plaques blanches dont nous avons parlé, en partie sur des points où la peau ne paraissait aucunement altérée. Leur grosseur varie du volume d'un grain de plomb, d'un pois, d'une noisette, à celui d'un œuf de poule et au delà; leur nombre est également

très variable, il peut y en avoir quelques-unes seulement, ou bien il en existe jusqu'à cinquante, cent et davantage encore en même temps. Elles n'ont pas de siège déterminé, elles sont disséminées d'une façon irrégulière (*pemphigus disséminé*), très souvent, quant à la quantité et à la localisation, elles sont disposées symétriquement sur les deux moitiés du corps; là, en certains endroits, elles sont très serrées les unes contre les autres (***P.*** *confluent*, *en groupes*, Rayer); dans des cas rares, autour d'une bulle centrale plus ancienne, il s'en trouve plusieurs autres (***P.*** *circiné*) qui, après la guérison de la bulle centrale, représentent un cercle et, à une époque ultérieure, des lignes sinueuses (***P.*** *linéaire serpigineux*).

Chaque bulle, considérée isolément, persiste dans son état primitif, ou bien elle augmente de volume en se confondant avec les bulles voisines ou par le fait de son propre accroissement, et elle accomplit une évolution typique. Le liquide contenu, d'abord clair, transparent comme de l'eau, ou citrin, quelquefois aussi coloré par le sang (***P.*** *hémorrhagique*), prend bientôt l'aspect de la lymphe; après un à deux jours, il devient purulent et trouble; puis il se forme, avec l'exsudat en dessiccation de la bulle restée intacte, une croûte, laquelle, si la bulle a été rompue, est composée par les débris de l'épiderme, par l'exsudat et par du sang. Après la chute de la croûte, la base discoïde qui correspond à la bulle est recouverte d'un épiderme nouveau; elle est violacée, et, plus tard, elle reste pendant quelques semaines pigmentée en brun.

La maladie suit la marche que nous avons indiquée, c'est-à-dire que l'intensité de la fièvre, l'abondance des éruptions érythémateuses et bulleuses sont entrecoupées de rémissions. Là où les bulles et les croûtes sont fortement serrées les unes contre les autres, et où l'exsudat s'est trouvé retenu sous ces dernières, la peau, sur des espaces plus ou moins considérables, est œdématiée, brûlante, douloureuse; elle présente des lignes rouges d'angioleucite, laquelle se complique parfois d'adénite. Parmi les symptômes subjectifs, nous citerons: une sensation modérée de brûlure et de démangeaison au niveau des bulles, de la douleur et de la tension sur les parties couvertes de phlyctènes et de croûtes nombreuses et cohérentes, ou excoriées à la suite de l'arrachement de ces dernières, de l'insomnie, de l'inappétence et de la soif pendant les périodes d'exacerbation. Tous ces accidents, joints à la perte des forces, déterminent chez les malades une dépression profonde.

La maladie a une durée de deux à six mois. A la période de déclin, la fièvre cesse; il ne survient plus que quelques bulles isolées, puis il ne s'en forme plus de nouvelles; le sommeil et l'appétit reparaissent

et les malades se rétablissent promptement. A partir de ce moment, l'individu peut passer toute sa vie sans être de nouveau atteint. Mais le plus souvent, dans un délai de quelques mois ou d'une année, il survient plusieurs accès nouveaux, après lesquels l'affection est complètement terminée. Ou bien, au contraire, les périodes d'éruption deviennent ultérieurement de plus en plus rapprochées et la maladie se transforme en un pemphigus continu (*P. continu*).

La forme de pemphigus que nous venons de décrire correspond au pemphigus vulgaire bénin des auteurs ; au *P. idiopathique disséminé des enfants* (d'après Schuller).

Mais il y a encore des variétés de pemphigus à marche beaucoup plus favorable et bénigne. Il en est, par exemple, dans lesquelles les périodes d'éruption ont une courte durée et ne s'accompagnent pas de fièvre (*P. apyrétique*), et dans lesquelles il ne se développe qu'un très petit nombre de bulles ; ou bien, et c'est plutôt lorsque le pemphigus persiste pendant un grand nombre d'années, sinon pendant toute la vie, il est certaines formes dans lesquelles il n'y a jamais qu'une seule bulle (*P. solitaire*). Nous devons rattacher aussi à cette catégorie le pemphigus local, forme excessivement rare, dans lequel il survient seulement quelques bulles sur une portion limitée de la peau, qui est froide et présente une couleur violacée diffuse; ce sont ordinairement les doigs, les orteils et le nez.

En opposition avec les formes bénignes du pemphigus, il faut signaler le P. vulgaire malin, dont le caractère dangereux peut encore se manifester par des symptômes différents : tantôt, un nombre considérable de bulles apparaissent d'une manière continue par poussées successives (*P. continu*, Willan ; *P. permanent et continu*) ; la fièvre persiste, et on observe un affaissement rapide des malades (*P. cachectique des enfants*, Schuller) ; dans d'autres cas, on constate la transformation du P. vulgaire en P. foliacé dans lequel, au niveau des points où la paroi de la bulle s'est détachée, le chorion reste dénudé, rouge, ou bien se couvre d'un exsudat fibrineux (*P. fibrineux*), gris jaunâtre, s'accompagnant ou non d'un infiltrat solide du derme dont les couches supérieures se nécrosent sous forme de détritus (*P. diphtéritique*). Enfin, il y a des variétés dans lesquelles sur la surface dénudée du creux de l'aisselle, du pli de l'aine, parfois aussi sur d'autres parties du corps, il se développe des végétations exubérantes, sécrétant un liquide qui prend rapidement une odeur rance, et présentant quelquefois aussi un aspect fongoïde et gangreneux (Hebra et Kaposi), végétations qui tantôt restent longtemps stationnaires, tantôt au contraire prennent rapidement un développement serpigineux (Neumann).

Toutes ces formes peuvent bien, il est vrai, se terminer par la guérison; mais, le plus souvent, elles ont une issue fatale.

Ceci est surtout vrai pour le P. végétant, dont Neumann a, dans ces derniers temps, décrit en détail les caractères cliniques. Dans cette variété, il survient, sur une base rouge, sans cause appréciable et sans symptômes précurseurs quelconques, des groupes de vésicules et de bulles, dont la dimension varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. Pendant que, au bout d'un ou deux jours, le contenu de la vésicule se trouble, la base s'élève en forme de pomphus ou de plaque. De nouvelles vésicules naissent sur les bords, tandis que, au centre, après la chute de l'épiderme, il reste une plaie rouge ou gris sale, verruqueuse, humide, mamelonnée, provenant de la prolifération de l'épiderme et de l'excroissance des papilles. De cette manière, les plaques se transforment en plaies humides, rouge brun foncé, mamelonnées, atteignant les dimensions de la paume de la main et s'étendant sur de grandes surfaces; les bords de ces plaies progressent lentement à la circonférence, constamment agrandie par la naissance de nouvelles bulles, et, par leur réunion avec le bord de la plaque voisine, se fondent en lignes serpigineuses. Souvent le centre pâlit, s'aplatit et se cicatrise, laissant une pigmentation foncée, de telle sorte qu'il ne reste que les bords vésiculeux serpigineux. Dans ces cas, la guérison peut survenir. En général cependant, elle n'a pas lieu, et ces malades meurent d'épuisement au bout de peu de mois, par suite de la perte considérable de sérum ou parce qu'il survient de la néphrite, de l'œdème des poumons, etc.

Les végétations papillaires dans le pemphigus ne constituent donc pas en elles-mêmes un indice absolument mauvais et elles peuvent se produire dans toutes les variétés de pemphigus, notamment dans le pemphigus circiné et dans tout pemphigus localisé dans les plis articulaires. Mais les formes qui s'accompagnent de végétations n'arrivant pas à cicatrisation et affectant une marche envahissante serpigineuse, sont presque absolument mortelles.

Dans celles-ci, les premières plaques apparaissent d'ordinaire sur les ailes du nez, les lèvres et les régions adjacentes, sur le voile du palais, autour de l'anus; dans ce dernier cas, il est très facile de les confondre avec des plaques syphilitiques (condylomes larges). Presque simultanément, on voit apparaître les mêmes formes sur les régions du corps les plus différentes, et, au bout de peu de semaines, on peut observer aussi, à côté des plaies papillaires humides que j'ai décrites, les surfaces excoriées du P. foliacé et fibrineux, voire même de grosses bulles isolées de pemphigus. La mort arrive au bout de quelques mois.

Le pemphigus prurigineux appartient aussi aux formes graves. Le

prurit violent, par lequel cette affection se distingue, ne représente pas seulement un symptôme très pénible, qui épuise les malades en troublant leur sommeil et en altérant leur système nerveux, mais il donne encore à la maladie un cachet tout à fait exceptionnel. Ainsi, il est extrêmement rare que les bulles arrivent à se développer, ce qui tient à ce que les malades, à force de se gratter, excorient immédiatement les plaques ortiées sur lesquelles les phlyctènes dévaient plus tard se produire. On y retrouve, en outre, les symptômes que l'on observe habituellement dans tous les cas où le prurit existe depuis des années et force le malade à se gratter souvent (prurit cutané, prurigo) : par exemple, des excoriations, de l'eczéma squameux et croûteux, une pigmentation brune sous forme de raies et de taches, de la sécheresse de la peau, et ces diverses lésions très irrégulièrement disséminées sur le corps.

PEMPHIGUS FOLIACÉ

Le pemphigus foliacé se reconnaît à ses bulles flasques, dans la partie déclive desquelles s'amasse leur contenu peu abondant et qui devient bientôt trouble ; il se reconnaît surtout à cette circonstance que l'épiderme ne se reproduit pas à la base des bulles. Ce dernier fait résulte de ce que l'enveloppe épidermique de ces bulles va toujours se détachant progressivement des limites primitives de la bulle vers la périphérie, se soulevant en plis successifs qui ressemblent aux lamelles d'un gâteau feuilleté (*Butterteiges*), d'où le nom de *pemphigus foliacé* que lui a donné Cazenave. Rapidement, le chorion est mis à nu sur des surfaces de la grandeur de la paume de la main ou encore plus étendues, présentant l'aspect de l'eczéma rubrum ; il est humide, suintant, rouge ; le liquide opaque qu'il sécrète se dessèche çà et là en croûtes minces, semblables à du vernis, se fendillant facilement. Il se forme toujours, il est vrai, sur différents points de nouvelles lamelles épidermiques, mais elles sont aussitôt enlevées, soit mécaniquement, soit par une nouvelle exsudation. Dans l'espace d'un certain nombre de mois ou d'années, la maladie a envahi la totalité du corps. A ce moment, on ne voit nulle part une seule bulle, car l'épiderme n'étant pas assez épais pour se soulever et former une élevure saillante, se rompt immédiatement. Le tégument est parsemé partout de fissures irrégulières constituées par la réunion de petits segments de cercles, tandis que les espaces qu'elles limitent sont couverts de croûtes, ou bien sont humides et suintants ; sur un autre point, ils sont secs et colorés en rouge brun ; ailleurs enfin, ils ont un aspect parcheminé. Les cheveux sont grêles, tombés en grande partie, les paupières sont renversées en dehors (ectropion). Le malade est amaigri, ses ongles

sont minces et cassants; il ne peut ni se coucher ni se mouvoir sans éprouver de grandes douleurs, sans déchirer les enveloppes molles et pendantes des bulles, sans tirailler les croûtes. L'état subjectif est, en général, très mauvais. Le mouvement fébrile est fort variable ; à peine appréciable ou intermittent au début, il devient continu dans les périodes ultérieures de la maladie.

Le pemphigus foliacé, à côté du pemphigus fibrineux et végétant, constitue, en tout cas, la variété la plus grave de cette affection; il a presque toujours une terminaison funeste, quoique, grâce aux progrès de la thérapeutique, nous ayons pu, dans ces dernières années, obtenir dans plusieurs cas soit la guérison de la maladie, soit, par suite d'une amélioration passagère, une prolongation réelle de la vie.

Le pemphigus foliacé apparaît, dans certains cas, dès le début avec les caractères propres à cette variété, ou bien il se développe à la suite d'un pemphigus vulgaire existant depuis plusieurs années et comme conséquence de celui-ci, quand les éruptions sont devenues continues et que l'individu est cachectique.

Le P. foliacé dérive souvent du P. circiné, parce que le détachement de l'épiderme qui se produit tout près de la limite des phlyctènes centrales rend anatomiquement impossible la régénération de l'épiderme au centre.

Il survient également des bulles sur la muqueuse de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, pemphigus de la muqueuse, et cela aussi bien dans le pemphigus vulgaire que dans le pemphigus foliacé fibrineux et végétant. La paroi épithéliale de ces bulles est promptement envahie par la macération, elle prend une couleur gris sale et se détache en laissant après elle un disque nettement limité, rouge vif ou recouvert d'un enduit grisâtre. Tant que ces bulles ne se montrent qu'isolément et se recouvrent promptement d'une nouvelle couche d'épithélium, elles ne gênent le malade que par la douleur passagère qu'elles provoquent. Lorsqu'elles siègent sur l'épiglotte, elles constituent un danger de suffocation. L'état devient extrêmement grave, quand les bulles suivent sur les muqueuses la même marche que dans le pemphigus foliacé de la peau, quand, sur l'isthme du gosier, sur la paroi postérieure du pharynx, sur l'épiglotte, l'épithélium est détaché par larges plaques d'une manière diffuse et que la muqueuse apparaît comme vernissée, sèche et rouge brun. La déglutition est alors impossible, la respiration elle-même est entravée, la voix est affaiblie jusqu'à l'aphonie : dans de telles conditions, on le comprend, le danger de mort devient immédiat.

On a aussi observé, dans le pemphigus, des bulles sur la conjonctive oculaire.

Dans un cas que j'ai diagnostiqué comme pemphigus fibrineux et qui fut plus tard publié par le Dr Borysikiewicz, il survint une cécité complète consécutivement à l'adhérence progressive de la conjonctive palpébrale, atteinte d'une affection fibrineuse, avec la conjonctive bulbaire. Dans un travail paru depuis cette époque, Hermann Cohn a appelé l'attention sur la rareté du pemphigus oculaire et la difficulté, dans ce cas, de faire le diagnostic.

Le pemphigus des muqueuses se montre quelquefois isolément, ou bien comme précurseur de la lésion cutanée, mais le plus souvent il est associé au pemphigus de la peau. Il est certain que la maladie pemphigineuse de la muqueuse s'étend jusque dans les voies aériennes profondes; mais, en somme, cette localisation est relativement rare. En tout cas, c'est presque toujours à la période finale du P. foliacé que les bronches et la trachée sont atteintes. Dans un cas publié par Mader, la maladie sembla avoir précédé le pemphigus de la peau, sous forme de bronchite fibrineuse.

Les bulles du pemphigus diffèrent, sous le rapport anatomique, de celles de l'herpès, de l'eczéma, etc., en raison du siège extrêmement superficiel qu'elles occupent. Leur enveloppe est formée par les couches tout à fait supérieures des cellules cornées, et leur base par un réseau alvéolaire modérément allongé, dont les trabécules ascendants peu nombreux se brisent très promptement quand la phlyctène arrive à un certain degré de réplétion, de sorte que celle-ci semble plus tard former à peu près une seule loge. A la face inférieure de la paroi, on voit souvent appendus les prolongements épidermiques détachés de l'orifice des follicules, sous forme d'appendices coniques. Les papilles correspondantes à la bulle sont imbibées de sérosité, traversées par de larges vacuoles (Haight). Il résulte donc de ces conditions anatomiques que, dans le pemphigus, la couche la plus superficielle de l'épiderme est toujours la seule qui soit détruite et que, par conséquent, si grandes que soient et la durée et l'extension de la maladie, il n'y a localement ni perte de substance ni cicatrice; mais, au contraire, que la guérison est toujours complète et le rétablissement parfait à la suite d'une pigmentation plus ou moins accusée, mais passagère. Toutefois, il reste des cicatrices après le pemphigus lépreux, et Steiner en a même vu survenir dans un cas à la suite du pemphigus vulgaire. Dans le pemphigus prurigineux, les bulles sont en général situées profondément comme dans l'herpès iris et l'urticaire chronique. Bærensprung, Hebra et moi avons vu se produire dans quelques cas sur les mains et les bras, et moi-même une fois sur le tronc, après la guérison des bulles du pemphigus, des centaines de petits corpuscules de milium d'un blanc de perle, disposés en groupes élégants, qui ont persisté

pendant plusieurs mois, puis se sont détachés. Dans le pemphigus foliacé et dans le pemphigus cachectique, j'ai observé, vers la fin de la vie, de nombreux furoncles confluents sur le bas-ventre, et, sur d'autres points, des ulcérations profondes.

Dans le pemphigus végétant, Neumann et Riehl ont, dans ces derniers temps, constaté la prolifération intensive, l'expansion stalactiforme du réseau de Malpighi et l'hypertrophie des papilles correspondantes ; ce qui concorde avec le résultat que j'avais communiqué dès l'année 1869, relativement à un cas qui probablement pourrait être rangé dans la même catégorie, mais qui fut alors pris pour de la syphilis végétante (framboesioïde).

Depuis longtemps, on a attaché une grande importance à la constitution anatomico-chimique du contenu des phlyctènes, en se berçant toujours de l'espoir que l'on y trouverait une *matière peccante* dont la présence dans la circulation donnerait la raison de la maladie tout entière, matière dont l'élimination par les capillaires cutanés s'accompagnerait localement de la formation d'un exsudat et finalement de la production de bulles. Mais, jusqu'ici, les auteurs n'ont pas pu se mettre d'accord au sujet de la réaction qu'offre le liquide des bulles et encore moins sur les divers éléments chimiques qui le constituent. Il est certain que ces derniers doivent différer suivant que l'on examine ce liquide quand il est frais et transparent ou quand il est trouble. Toutefois, la plupart des auteurs s'accordent à dire que le contenu des phlyctènes présente en réalité, fondamentalement, les caractères du sérum du sang, qu'il a une réaction neutre ou faiblement alcaline, que la chaleur y décèle la présence de l'albumine, qu'on y remarque quelquefois un dépôt pseudo-membraneux, que, lorsque ce liquide est transparent, il contient de rares éléments figurés, enfin que, quand il est trouble, on y rencontre plutôt des globules de pus et souvent aussi des globules rouges du sang (G. Simon, Wedl, etc.). Heinrich dit avoir trouvé à ce liquide une réaction acide due à l'acide acétique libre.

Parmi les auteurs qui ont fait des recherches antérieures sur ce sujet, Franz Simon et Raysky y auraient rencontré, outre de l'albumine, des sels phosphatiques, du lactate de soude, des chlorures et de la cholestérine, mais ni acide acétique, ni urée ; le D[r] Heinrich parle d'acide acétique libre ; Folwarezny, Schauenstein, de leucine et de tyrosine. Schneider n'y a rien trouvé qui différât de ce que l'on voit dans le contenu des bulles autres que celles du pemphigus. Malmsten signale la présence de cristaux d'acide urique. Bamberger et, plus tard, Beyerlein ont démontré la présence de l'ammoniaque libre dans le contenu des bulles ; E. Ludwig n'a rien trouvé de semblable, ni leucine ni tyrosine,

par contre peu d'urée avec de la paraglobuline, et de l'albumine du sérum (Neumann).

Tout aussi variables sont les résultats des examens de l'urine même chez un seul et même malade. Raysky, Heller, Hillier, ont constaté plusieurs fois la diminution considérable de l'urée; Jarisch n'a signalé aucun état anormal. L'analyse du sang de malades atteints de pemphigus (Raysky, v. Bamberger) n'a rien présenté de très anormal. Bon nombre des résultats, comme la diminution des corpuscules du sang (Bamberger), doivent être certainement mis sur le compte de l'anémie et de l'appauvrissement de la nutrition qui se produisent dans le cours du pemphigus, comme l'indique la moyenne des résultats dans les autopsies. C'est ainsi que Hebra signale : l'anémie des muscles, la flaccidité des poumons et du cœur, l'infiltration séreuse du cerveau, l'anémie générale. Comme expression de la cachexie, on trouve encore quelquefois la dégénérescence amyloïde du foie et de la rate (Hertz). Comme complications survenues dans quelques cas et pouvant devenir mortelles, il faut citer : la pneumonie, la tuberculose, l'ulcération des follicules de l'intestin, la maladie de Bright aiguë. Si toutes ces recherches n'ont pas pu, jusqu'à ce jour, expliquer la nature intime de la maladie, elles n'ont pas davantage fourni de données positives sur les causes du pemphigus.

Causes du pemphigus. — Déjà la rareté relative de la maladie et le peu d'analogie des cas est une circonstance défavorable à la détermination de ses causes. Dans l'espace de treize ans, de 1865 à 1877, on a traité, dans la division des maladies de la peau de l'Hôpital général de Vienne, 103 cas de pemphigus (79 hommes et 24 femmes), sur un total de 30,362 affections de la peau et de 278,952 malades. Quant aux causes générales, telles que nationalité, occupation, genre de vie, saisons, conditions climatériques, etc., nous n'avons rien trouvé qui mérite d'être signalé. Le sexe féminin compte, dans notre statistique, pour un tiers par rapport à celui des hommes. L'âge paraît rentrer dans les influences essentiellement prédisposantes, puisque, chez les nourrissons et les nouveau-nés, le pemphigus est beaucoup plus fréquent que chez les adultes: d'après Hebra et Steiner, 1 sur 700 malades d'hôpital, et principalement vers l'âge de deux mois.

Contagiosité du pemphigus. — Jusqu'à présent, il a été impossible de démontrer cliniquement ou expérimentalement la contagiosité du pemphigus. Quant à l'hérédité, on ne l'a constatée que rarement, mais d'une manière incontestable, entre autres chez un homme de vingt-deux ans, observé à la clinique de l'Hôpital général, et qui était atteint de pemphigus depuis son enfance; il affirmait que sa mère, sa sœur, le frère de sa mère et la moitié de ses enfants étaient atteints

de cette maladie. L'opinion que des troubles chimiques ou mécaniques de la sécrétion urinaire peuvent occasionner le pemphigus a déjà été émise à la fin du siècle dernier par Braune et, plus tard, par d'autres auteurs. Cette opinion repose sur ce fait que les matières d'excrétion retenues dans le sang sont rejetées par la peau, organe supplémentaire des reins, et peuvent y produire, par irritation, des bulles de pemphigus (*P. ab infarctibus renum et ab calculosis*). Cette idée s'appuie encore sur ce qu'on a parfois trouvé dans le contenu des bulles de l'urée, des urates, de l'ammoniaque libre, et sur la coexistence d'une affection des reins avec le pemphigus, comme l'indique Riegel dans sa dernière communication. C'est ainsi que Steiner a vu avec cette affection une hématurie périodique, et Beyerlein a observé, chez un garçon de neuf ans, à la fin d'une scarlatine, au nombre des symptômes d'une maladie aiguë de Bright avec urémie, une éruption généralisée de bulles contenant de l'ammoniaque libre; cependant, comme je l'ai dit, on ne l'a trouvée, dans la plupart des cas, ni dans le liquide des bulles, ni dans le sang (Bamberger).

Il est incontestable que parfois le pemphigus dérive d'états hystériques (*P. hystérique*), en tant que ceux-ci ont leur point de départ dans des anomalies des fonctions sexuelles de la femme. Chez certaines femmes, la maladie apparaissait régulièrement à chaque grossesse, puis disparaissait ensuite avec l'accouchement (Hebra); et, dans un cas rapporté par Köbner, elle est survenue deux fois peu après l'accouchement (*herpès de la grossesse*, Bulkley), analogue à l'urticaire chronique observée dans les mêmes conditions. Steiner a vu une éruption de pemphigus dans le cours de la pyémie et après la variole.

Dans la lèpre, Bœck et Danielssen ont observé du pemphigus avec formation de cicatrices à la place des bulles (P. *lépreux*), chez les uns sous forme de bulles isolées qui survenaient subitement sur les parties anesthésiées de la peau, soit à la suite de pression, soit même spontanément (épinictide des anciens?), chez les autres pendant des années comme prodromes de la maladie lépreuse proprement dite.

Il faut donc bien, dans tous ces cas, admettre un rapport entre le pemphigus et le système nerveux, puisque la maladie de peau paraît provoquée selon un mode réflexe partant du système génital, par l'intermédiaire des nerfs sensibles et vasomoteurs (ou trophiques); ou, comme dans la lèpre, par irritation directe provenant d'infiltrats lépreux des portions périphériques de nerfs vasomoteurs ou trophiques.

A cela, j'ajoute que, dans certaines variétés de pemphigus, sans caractères bien tranchés, et comme telles passées inaperçues, se terminant par la mort, on a trouvé des altérations anatomiques de la moelle (Jarisch, Schwimmer Babes); en outre, que, dans le cours de myélite

de longue durée, on a vu des éruptions bulleuses analogues à du pemphigus (Chwostek, Déjérine, Brissaud, Friedreich, etc.), et enfin que des névrites traumatiques et spontanées sont généralement aussi suivies d'éruptions (Weir-Mitchell). Schwimmer a même observé du zoster, et plus tard un pemphigus généralisé à la suite d'un écrasement de l'articulation de l'épaule par une voiture.

Les rapports du pemphigus avec les maladies des nerfs et des centres nerveux sont donc établis par des preuves nombreuses. Mais jusqu'à présent ils ne le sont que dans le sens de la coïncidence, non de la cause. Car d'une part des bulles consécutives à une névrite ne représentent nullement un pemphigus dans le sens clinique, et d'autre part les altérations de la moelle dans le pemphigus typique sont excessivement variables quant au caractère et au siège anatomique, comme ceci résulte des recherches précises de Babes et de Ferraro. De plus, cette coïncidence est même très rare. N. Weiss et moi, dans neuf cas de pemphigus terminés par la mort, avons examiné soigneusement et à fond la moelle, mais nous n'avons trouvé que dans un seul cas les lésions anatomiques de la sclérose diffuse. Mais ces altérations appartenaient d'une façon égale à la substance grise et à la substance blanche; le cas s'était produit chez un homme dans le marasme, atteint en même temps de cirrhose du foie et de cancer de la langue, qui était resté plus d'un an dans le bain continu à cause de son pemphigus.

Un grand nombre de malades atteints de myélite présentent très exceptionnellement des éruptions de bulles, et plus rarement encore du pemphigus.

Par suite, le pemphigus peut tout au plus, dans quelques cas déterminés, mais jamais d'une manière générale, être considéré comme un processus pathologique, et certainement il ne peut être rapporté, dans tous les cas et formes, à une cause névropathique. Le plus souvent encore, une semblable hypothèse est justifiée pour les formes ou cas provoqués d'une manière réflexe par d'autres organes, par exemple par l'utérus.

Certains cas, par l'instantanéité et l'absence de causes appréciables de l'éruption et par leur marche rapidement néfaste, feraient croire à une maladie infectieuse. Ceci est surtout vrai pour le pemphigus fibrineux et végétant, qui, malgré son début insignifiant, conduit en peu de mois au tombeau des sujets qui jouissaient d'une santé florissante. La recherche d'un agent pathogène dans le contenu des bulles de pemphigus est par conséquent la première chose à faire, particulièrement aujourd'hui où, au moyen de la technique perfectionnée de la coloration et de la culture, on peut s'attendre à la démonstration spécifique d'espèces bactériennes. En effet, Paul Gibier a trouvé

des bactéries disposées en forme de chapelet dans le contenu des bulles comme dans l'urine; Spillmann, dans la fièvre bulleuse, dans le liquide des bulles, dans l'urine et dans le sang; Demme, dans le contenu des bulles et dans le sang, des diplococci qu'il a représentés en cultures pures.

On n'est toutefois pas autorisé à tirer des conclusions relativement à la valeur étiologique de tous ces états, surtout en ce qui concerne la grande série des formes de spores et de bactéries, desquelles dans ces derniers temps et de différents côtés, comme je l'ai déjà indiqué précédemment, on a constaté la présence dans l'épiderme normal.

En somme, nous devons conclure que le pemphigus, même dans sa forme typique, peut être occasionné par différentes causes, abstraction faite des cas dans lesquels l'éruption bulleuse ne représente qu'une variété d'un trouble de nutrition anatomique ou vaso-moteur analogue dans ses effets.

Une fois, j'ai vu avec Hebra, chez un homme de vingt-deux ans, atteint depuis son enfance de prurigo, un pemphigus vulgaire de la peau et des muqueuses persister pendant environ un an, accompagné de symptômes graves. Les phénomènes caractéristiques du prurigo avaient disparu pendant la durée du pemphigus, mais ils reparurent après la guérison. Dans deux cas de lichen ruber plan, j'ai également vu une éruption bulleuse qui se reproduisit pendant plusieurs semaines. On doit considérer la dernière éruption comme étant l'expression de l'augmentation du processus inflammatoire local.

La syphilis est une cause bien connue du pemphigus (*P. syphilitique*). Il survient comme symptôme de la syphilis héréditaire, soit congénitalement, soit trois à six semaines après la naissance. Sur le point où se trouvent les bulles, la peau est ulcérée. Chez les syphilitiques adultes, ce n'est que rarement qu'on voit se former des bulles sur les tubercules ulcérés.

On peut désigner sous le nom de P. symptomatique, par rapport à leur cause appréciable, les dernières formes de pemphigus que je viens de citer en opposition aux cas beaucoup plus fréquents de P. idiopathique qui attendent encore une interprétation.

Quant au diagnostic du pemphigus, on y arrive en précisant les symptômes essentiels que j'ai décrits antérieurement pour les diverses formes de la maladie, lesquels sont tout différents dans le P. vulgaire de ceux qu'on observe dans le P. foliacé, le P. syphilitique ou le P. prurigineux. Le diagnostic est essentiellement simple lorsque, outre de nombreuses bulles, il y a aussi des croûtes et des taches pigmentaires d'âge différent, avec des formes correspondant aux bulles, formes qui permettent de conclure au retour chronique des symptômes.

Toutefois, même dans ces cas, l'erreur est encore possible, car on eut provoquer artificiellement un pemphigus jusqu'à un certain degré, n appliquant chaque jour, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, des emèdes, tels que les cantharides, le mézéréum, susceptibles de produire des bulles (P. simulé), comme cela est arrivé quelquefois chez les liénés ou à des malades d'hôpital simulant des affections (*Spitals imulanten*). Il ne faut porter son diagnostic qu'avec réserve à la première période aiguë de l'éruption, quand il n'existe pas de symptômes e la marche chronique, puisqu'on pourrait la confondre avec l'urticaire ulleuse, l'érythème bulleux, l'herpès iris et circiné, l'impétigo de la ace. On doit également, dans les formes très étendues, envahissantes, t dans le P. foliacé généralisé, éviter la confusion avec l'eczéma ubrum (*E. pemphygoïde*), le pityriasis rubra, la gale; relativement au rurit cutané, il faut aussi avoir soin de ne pas confondre le P. prurigineux avec le prurigo, l'urticaire chronique. En général, il ne faut pas erdre de vue, pour le diagnostic différentiel, toutes les affections dans esquelles il peut survenir accidentellement des bulles, par exemple sur a peau atteinte de gangrène (*P. gangréneux ?*) ou anesthésique; ou bien ncore dans les cas où se succèdent d'une manière chronique des croûtes t une desquamation de l'épiderme.

J'ai déjà dit à quel point il est facile de confondre le pemphigus brineux et végétant avec la syphilis, soit en raison de sa localisation ur la muqueuse du palais et du pharynx et autour de l'anus, soit aussi ans les variétés qui se manifestent sur la peau.

Le pronostic dans le pemphigus dépend en grande partie de la forme péciale de la maladie. Le P. vulgaire comporte, en général, un pronostic favorable; le P. foliacé et le P. prurigineux, ainsi que le P. végétant, un pronostic douteux, par conséquent défavorable, puisque ces spèces entraînent habituellement la mort, la dernière en général rapidement, si la maladie persiste. Même dans le cas spécial du P. vulgaire, n n'a aucune espèce de point de repère pour l'appréciation de la marche ultérieure de la maladie, et, par conséquent, soyez non moins rconspects quant au pronostic et ayez soin de le limiter à une courte ériode. En outre, il faut bien étudier l'ensemble complet des symptômes. D'une manière générale, on peut considérer momentanément omme favorables les cas dans lesquels il y a des bulles bien formées en petit nombre, se produisant lentement (*P. bénin*, *P. hystérique*, *P. solitaire*), ne s'accompagnant pas de fièvre et qui surviennent chez es individus jeunes, bien nourris et chez les enfants à la mamelle, andis qu'il faut porter un jugement défavorable dans les cas de pemphigus à poussées nombreuses et successives de bulles flasques et s'accompagnant de fièvre, de perte des forces et de marasme.

Quant au traitement du pemphigus, l'opinion de J. Frank est encore aujourd'hui tout à fait vraie, c'est-à-dire qu'on n'a jamais obtenu aucun résultat dans cette maladie avec quelque remède interne que ce soit : diurétiques, drastiques, diaphorétiques, amers, épispatiques, dérivatifs, antipsoriques et les soi-disant spécifiques. Nous ne possédons contre aucune forme du pemphigus symptomatique, ni du pemphigus idiopathique, un traitement spécifique ou direct, et nous n'avons obtenu aucun résultat des remèdes internes recommandés et expérimentés dans ces dix dernières années, tels que l'arsenic (Hutchinson), les bains de Karlsbad (Oppolzer), les acides (Rayer), les limonades d'acide sulfurique et d'acide nitrique que Bamberger a conseillées dans le but de neutraliser l'ammoniaque que l'on trouve quelquefois dans le sang. Ce n'est que dans les cas de pemphigus symptomatique, où l'on peut trouver une cause (états pathologiques des organes sexuels de la femme), qu'il est possible d'instituer un traitement approprié ; en dehors de ces cas, nous sommes obligés de nous limiter à une thérapeutique symptomatique locale et générale. Dans les premiers temps de l'éruption et lorsqu'il n'y a que des bulles disséminées, il suffit de saupoudrer les parties malades avec des poudres inertes. Dans les points où les bulles sont confluentes, on les ponctionne pour faire cesser la tension. Si des régions sont recouvertes de croûtes et dépouillées de leur épiderme sur une certaine étendue, il faut les recouvrir de pommades anodines comme dans l'eczéma. Des compresses imbibées d'eau froide, des enveloppements humides conviennent, lorsque la peau est le siège d'une vive inflammation, que la fièvre est intense et que l'éruption occupe des surfaces considérables. Le bain continu est un moyen précieux dans le P. foliacé et, mieux que tout autre procédé, il diminue les douleurs, calme le mouvement fébrile et en procurant le sommeil et l'appétit, il éloigne les périodes d'éruption auxquelles les malades auraient peut-être prématurément succombé. Nous avons maintenu pendant plus de quatre ans, de cette façon, un malade qui, sans compter de plus courtes périodes, a passé une fois huit mois, jour et nuit, dans le bain, à son plus grand avantage. Les bains de goudron sont très utiles, quelquefois même ils amènent la guérison dans le P. prurigineux. Les bains d'alun, de sublimé, de tan et de soufre méritent d'être recommandés contre le P. vulgaire.

Contre les phénomènes fébriles concomitants et les complications accidentelles, on emploiera les remèdes internes appropriés, tels que la quinine, les acides, le fer, les amers, les opiacés, l'hydrate de chloral, etc., suivant les indications de chaque cas en particulier.

DERMATITE EXFOLIATRICE DES NOUVEAU-NÉS

Une forme morbide que l'on devrait désigner sous le nom de derma- e exfoliatrice des nouveau-nés (v. Ritter), mais qui a déjà été décrite plusieurs reprises avant cet auteur (Billard, v. Baer, Hervieux, ıetter, Bille, etc.), mérite d'être signalée ici au point de vue du dia- ıostic différentiel. Elle se rattache, d'après son aspect clinique, au mphigus foliacé, avec lequel elle a été également confondue par Behrend. Elle se manifeste chez les nouveau-nés pendant les pre- iers jours de la vie, parfois aussi dans la deuxième semaine. Sous forme la plus atténuée elle se présente sous l'aspect d'une rougeur ffuse de la peau et d'une défurfuration épidermique semblable à de ıes pellicules de son, défurfuration qui est nettement caractérisée à la ce et aux plis articulaires, mais qui atteint aussi le tronc et donne u à des rhagades aux commissures buccales, aux orifices des fosses sales et aux commissures palpébrales. La muqueuse buccale présente alement une altération épithéliale et de la défurfuration, quelquefois ême des vésicules. L'exfoliation se termine en général après une à ux semaines par une pâleur graduelle de la peau et la formation d'un iderme lisse et souple. Ou bien, chez des enfants constitutionnelle- ent dans le marasme, avec ou sans complications (diarrhée), on siste à un abaissement général de la température, qui est suivi de ort. A un degré plus intense de la maladie, l'épiderme apparaît, sur grandes étendues de la face, du tronc, des membres, soulevé et obile par suite de suffusion séreuse, comme après une échaudure. En ıelques points, l'épiderme est fendillé et il se produit une exsudation odérée de sérum, qui se dessèche en croûte. Là aussi l'épiderme ut se reproduire et la guérison s'opérer. Cependant, dans cette forme, ıe terminaison fatale est la règle et elle survient en peu de jours. ıand l'affection est à son summum, il s'effectue en quelques points une sudation séreuse modérée recouverte d'un épiderme irrégulièrement molli et constituant ainsi des bulles flasques, comme dans le pem- igus foliacé, tandis que sur d'autres points l'épiderme est simplement molli et plissé. Les enfants ainsi affectés sont en général perdus. J'ai plusieurs reprises observé cette maladie aussi bien chez des nourris- ns de la clinique d'accouchement de Vienne que sur des sujets qui aient déjà été apportés à l'hospice des enfants trouvés et je partage pinion de v. Ritter en ce sens que, comme lui, je sépare cette affection ı P. foliacé, sans toutefois penser qu'il s'agisse, ainsi qu'il le croit, un processus pyémique. Je le considère comme une aggravation de xfoliation physiologique de l'épiderme des nourrissons.

Riehl a, dans un cas semblable, trouvé un champignon qui avait poussé de très minces et longs mycéliums et en conclut que dans le cas qu'il a examiné, comme dans certains autres, c'est le champignon qui est la cause de la dermatite exfoliatrice. Les maladies qu'on a, à plusieurs reprises, citées comme du pemphigus épidémique et contagieux des nouveau-nés, devraient sans doute être rapportées également à une cause mycosique de même nature.

Le traitement doit répondre ici aux mêmes indications que celui de l'ichthyose sébacée, dans laquelle il s'agit aussi de neutraliser par l'enveloppement avec des corps mauvais conducteurs de la chaleur (graisse, ouate) la perte de calorique, laquelle est favorisée par la chute générale de l'épiderme ; de soutenir la nutrition par tous les moyens artificiels et de prolonger la vie de l'enfant jusqu'à ce que l'épiderme se soit reproduit d'une manière durable.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

§ I. Le Pemphigus et les Pemphigoïdes.

Dans le sens traditionnel, le terme de « *Pemphigus* » sert à désigner radicalement la presque totalité des affections bulleuses, que l'on spécifie ensuite par des qualificatifs variés; mais ces affections sont si nombreuses, si profondément diverses, que cette unité nominale est devenue l'occasion de la plus grande confusion dans la nomenclature, et de la plus entière obscurité dans la pratique.

Au commencement de ce siècle, Willan et Bateman avaient ébauché un essai de simplification en réduisant le pemphigus — *pompholix* de Willan — à la désignation d'une éruption de bulles « sans aucune inflammation ambiante, et sans fièvre », comprenant deux variétés de phlycténodermie tout à fait éphémères et artificielles — *P. benignus*, *P. solitarius ;* et *P. diutinus*, dans lequel ils confondent le P. chronique vrai des modernes, et diverses hydrodermies symptomatiques. Mais l'insuffisance de cette conception était manifeste, et l'état antérieur persista malgré la publication de faits particuliers bien observés pour l'époque.

L'obscurité devint même plus profonde au fur et à mesure que le groupe se chargeait davantage, et avec l'œuvre de Gilibert — *Monographie du Pemphigus ou Traité de la maladie vésiculaire*, par Stanislas Gilibert, D. M. M. Paris, 1813 — recommence une confusion inextricable. On en pourra prendre un aperçu par les extraits textuels qui suivent :

« ... Le pemphigus appartient aux phlegmasies cutanées... Il constitue un *genre* distinct, dont la place doit être entre les exanthèmes aigus et

chroniques, et particulièrement entre la varicelle et les dartres... Il consiste en une éruption de vésicules semblables aux ampoules que fait naître sur la peau l'application de l'eau bouillante... »

« Tous les symptômes du pemphigus se rapportent à quatre *affections* élémentaires, qui doivent être regardées comme les parties intégrantes, ou plutôt comme les *principes immédiats* de la maladie... 1° une affection cutanée... — *tuméfaction, chaleur, douleur, rubéfaction* et *vésication*; — 2° « une affection fébrile; » — mais celle-ci peut « être imperceptible dans quelques cas, et n'exister point du tout dans quelques autres, notamment dans ceux qui appartiennent à la variété chronique; »... 3° « une affection des membranes muqueuses » — localisation congestive, inflammatoire, ou phlycténoïde, pouvant se produire sur toutes les muqueuses; — ... 4° « une altération des sécrétions », manifestée surtout aux époques de dessiccation de l'exanthème par des évacuations urinaires et alvines... « et servant de crise et de moyen de solution aux trois autres affections élémentaires »...

« Le diagnostic du pemphigus repose non sur la recherche des causes des symptômes fébriles, ni des phénomènes du côté des muqueuses, ni parmi ceux des sécrétions, *mais* seulement sur « les phénomènes de l'affection cutanée et de son mode d'union avec les autres affections élémentaires »... « Parmi les symptômes du pemphigus, il n'en est pas de plus remarquable, de plus distinctif, et de plus constant, que ces *vésicules jaunâtres, translucides, variant entre elles par leur volume, se formant spontanément par l'accumulation d'un fluide séreux qui soulève l'épiderme, et se terminant, après deux ou trois jours de durée, par l'effusion de leur fluide, la dénudation de leurs bases rubéfiées, et leur dessiccation en squames et en croûtes qui se détachent promptement.* Ce phénomène seul suffit pour fonder le diagnostic du pemphigus considéré génériquement, et quelles qu'en soient les espèces et les variétés »...

« Le *genre* pemphigus comprend deux *espèces :* P. simple, P. compliqué. L'espèce *simple* se divise en trois variétés : pemphigus aigu simultané, pemphigus aigu successif, et pemphigus chronique. »... « Le *P. compliqué* forme autant d'espèces distinctes qu'il y a de maladies susceptibles de s'allier avec lui. Chacune de ces espèces peut être divisée de deux manières : 1° d'après la variété ou l'espèce du pemphigus que présente la complication » — avec « la vaccine, l'érysipèle, la gale, la gastrite, la péripneumonie, la fièvre bilieuse, la fièvre adynamique, ataxique, ataxo-adynamique, quelques phlegmasies, l'œdème, et quelques autres maladies »; 2° d'après l'état primitif, secondaire, symptomatique, ou critique, dans lequel se trouve cet exanthème. »

A un degré variable, la même confusion, plus ou moins systématisée, se retrouve jusqu'à l'heure actuelle dans la plupart des auteurs étrangers et français.

Hebra et son continuateur n'ont pas apporté dans la constitution de ce groupe la réforme qu'ils ont si heureusement instituée pour le lichen, le pityriasis, etc. Les qualificatifs appliqués au « pemphigus » par Hebra-Kaposi ne sont pas inférieurs en nombre à trente : *acutus*,

apyreticus, *benignus*, *cachecticus*, *chronicus*, *circinatus*, *confertus*, *contagiosus*, *crouposus*, *disseminatus*, *diphteriticus*, *diutinus*, *epidemicus*, *febrilis*, *foliaceus*, *gyratus*, *hæmorrhagicus*, *hystericus*, *leprosus*, *localis*, *malignus*, *mucosæ*, *papillaris*, *pruriginosus*, *serpiginosus*, *solitarius*, *syphiliticus*, *variolosus*, *vegetans*, *vulgaris*.

Notre grand Bazin, bien qu'il eût merveilleusement mis en saillie plusieurs types d'affections bulleuses, particulièrement sous les noms *d'hydroa bulleux*, de *Pemphigus arthritique*, *d'arthritides bulleuses*, etc., n'en a pas moins mené la confusion à l'extrême en faisant du mot de pemphigus un synonyme de *lésion bulleuse*, et en l'appliquant à la fois à la phlyctène de la brûlure et du vésicatoire, et à une série de lésions et de maladies radicalement distinctes, ainsi que le lecteur en peut juger à la lecture du tableau suivant :

Classification de Bazin : Deux classes de Pemphigus : *a*) P. de cause externe ; *b*) P. de cause interne.

1re classe. — *Pemphigus de cause externe : a*) *artificiel*, *professionnel* : vésication, cantharides, ammoniaque, eau bouillante, etc. — Brasiliensis (résultant de la morsure du serpent) ; — pemphigus simulé. — *b*) *pathogénétique* : mauvais aliments, fromage, eau-de-vie de blé, arsenicaux, etc.

2e classe. — *Pemphigus de cause interne : a*) *pseudo-exanthématique* ; *b*) *symptomatique ou fébrile* ; *c*) *herpétique*, subaigu (pompholix) ; — *d*) *arthritique* — subaigu chronique (pompholix) ; *e*) *lépreux* (léproïde bulleuse) ; *f*) *syphilitique — neo-natorum — des adultes*.

Parmi les auteurs français qui n'ont pas sacrifié à cette confusion traditionnelle, il n'est que juste de signaler Hardy, qui réduit les limites du pemphigus aux cinq variétés qui suivent :

a) Le *pemphigus aigu* : Sa description correspond à celle des érythèmes bulleux.

b) Le *pemphigus bulleux chronique*, comprenant une sous-variété, le P. *prurigineux* de Cazenave, que nous verrons tout à l'heure n'être autre que l'arthritide bulleuse de Bazin, et la dermatite herpétiforme de Duhring, la D. prurigineuse polymorphe à poussées successives de Brocq, etc., etc.

c) Le *P. foliacé*, variété du P. chronique.

d) Le *P. des nouveau-nés*, qui est une affection bulleuse spéciale.

e) Le *P. des jeunes filles*, affection, érythémato-vésiculo-bulleuse, quelquefois longue, mais bénigne, qui répond à quelques-uns des types du P. hystérique ancien, ou des angiotrophonévroses de l'époque actuelle.

La conception de Hardy est une des plus concises et des plus claires qui aient été produites; elle ne satisfait malheureusement pas à la nécessité de ne réunir que des choses semblables dans un même groupe nosologique; elle est insuffisante, enfin, en ce sens qu'elle ne met pas en saillie certaines individualités morbides, dont le pronostic et la thérapeutique restent ainsi indéterminés pour la majorité des médecins.

Depuis une dizaine d'années, l'étude du pemphigus est entrée dans une phase nouvelle, phase de révolution, devenue urgente. Commencée dans l'école de Lyon en 1880, par la *Thèse de* Nodet — Contribution à l'étude des éruptions pemphigoïdes aiguës (pemphigus aigus, dermatoses bulleuses, pemphigoïdes) chez l'adulte — la réforme a été adoptée immédiatement par nous dans la première édition de cette traduction (1881). Nous y déclarions que « toutes les confusions qui se sont produites relativement au pemphigus aigu n'ont pas d'autre origine que l'application abusive du nom d'une *maladie* à une *lésion* élémentaire de la peau ». Mais nous considérions le déclassement à opérer comme extrêmement laborieux, et de nature à ne pouvoir être fait que graduellement, au prorata des progrès réels de la clinique, et des données de certitude attendues de l'histologie, de la chimie pathologique, de l'hématologie et des découvertes relatives à la bactériologie.

En attendant, *et pour commencer*, il nous avait paru légitime de séparer du pemphigus toutes les affections bulleuses *aiguës*, *subaiguës*, *ou même plus prolongées*, bénignes, qui ne rentraient pas dans le type de la maladie, grave au plus haut degré, à laquelle doit être réservée, selon nous, le terme de pemphigus, et de les annexer, ne fût-ce que provisoirement, aux érythèmes.

En effet, à côté des érythèmes multiformes bulleux que nous avons décrits plus haut, — Voy. note 2, p. 360, et dans lesquels nous avons établi trois groupes principaux : *a*) Er. bulleux *communs*, diffus ; *b*) Er. bulleux *larvés* (herpétiformes, pemphigoïdes, etc. ; *c*) Er. hydroa — il existe une série nombreuse de phlycténodermies aiguës ou subaiguës, bénignes, à évolution spontanée favorable, dont la variété défie toute description didactique, mais dont les affinités d'aspect, de marche, de terminaison avec les érythèmes bulleux sont accentuées à ce point que leur distinction, surtout extemporanément, est très délicate et souvent impossible.

Un grand nombre de ces affections, en raison de leur caractère phlycténoïde, avaient été désignées sous les noms les plus variés d'hydroa, d'herpès, de pemphigus, avec les qualificatifs les plus divers — *herpès* disséminé, généralisé ; *hydroa* avec les adjectifs les plus variés : prurigineux, vésiculeux, bulleux, herpétiforme, aigu, etc. ; *pemphigus* aigu, subaigu, bénin, léger, à petites bulles, circiné, etc., etc. — Devant l'extrême confusion de la nomenclature du « pemphigus » — et à cause des affinités que nous venons de rappeler — nous-mêmes, ainsi que d'autres observateurs surtout en France, avions peu à peu rattaché aux érythèmes multiformes la plupart de ces affections, dépassant en cela les limites de la conception de Hebra, mais non celle de son continuateur, ainsi qu'en témoignent les communications du professeur Kaposi au congrès de 1889.

Nous les considérions comme des formes *atypiques*, — en raison du peu d'intensité du processus érythémateux, comparé au nombre et au volume des soulèvements bulleux que l'on voyait se développer indifféremment sur des parties hyperhémiées, ou non ; *prolongées*, — à cause des délais, qui se réglaient non plus par semaines mais par mois, et de

la répétition incessante des poussées éruptives; compliquées ou *nerveuses*, — quand les phénomènes d'hyperesthésie cutanée, prurit, cuisson, etc., semblaient dépasser le degré conventionnel qui appartenait communément à ces éruptions. Il ne nous semblait pas que ces raisons fussent suffisantes pour rejeter ces affections du groupe des érythèmes dont elles étaient, en tout cas, infiniment plus voisines que de ce que nous considérions comme le pemphigus vrai.

Les choses en étaient là: Ces opinions adoptées, et même dépassées, par plusieurs auteurs qui sortaient de la limite à l'aventure, quand la question prit une tournure décidée et inattendue sous l'action du travail de Duhring — Mai 1884, *American med. Association:* Dermatitis herpetiformis, et publications ultérieures, — et entra vigoureusement dans la période d'étude, d'agitation, de révolution, sous l'action énergique de Brocq — De la dermatite herpétiforme de Duhring (arthritides bulleuses de Bazin, Pemphigus prurigineux de Hardy, Hydroa de quelques auteurs anglais), *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888.

En créant un *type nouveau* dans les affections pemphigoïdes, et en cherchant à lui donner corps, Duhring réclamait, en outre, pour les lui annexer, la presque totalité de ces phlycténodermies ambiguës, flottantes, que nous avions réunies aux érythèmes bulleux. Il en étendait outre mesure le cadre, mais il n'en avait pas moins eu le mérite indiscutable d'avoir individualisé un type vrai au milieu des confusions les plus complètes, de la même manière que Hebra, par exemple, a individualisé le *lichen* et le *prurigo* dans un chaos plus grand encore. Peu importent les erreurs de détail dans la conception première, elles seront réparées par le maître ou par d'autres, et le type dégagé peu à peu, et épuré, sera bientôt universellement reconnu.

Suivant le même temps, et dès les premières publications de Duhring, Brocq soumit la série entière des affections érythématoïdes ou pemphigoïdes au contrôle d'une critique élevée, impartiale et extraordinairement précise, rectifia plusieurs points, et vint apporter des bases fermes à la reconstitution difficile, compliquée, et obscure de cette partie de la pathologie cutanée.

Malheureusement, ce n'est pas encore la clôture de la discussion et de l'enquête. Toutes les questions posées — Brocq a eu soin de le déclarer lui-même de la façon la plus explicite — n'ont pas pu recevoir de solution immédiate. Sans parler ici des « faits rares et disparates dont on s'occupe trop, et qu'il faut laisser de côté comme des matériaux qu'on utilisera plus tard », il reste une somme considérable de phlycténodermies *aiguës ou subaiguës*, bénignes ordinairement, récidivantes ou non, dont il n'est pas encore possible de déterminer exactement la nature et le rang.

Notre opinion sur ce point est formelle; la question n'est pas mûre;

elle reste dans la période d'analyse. Tout en cherchant à réformer la nomenclature des affections bulleuses, ce qu'il importe surtout, c'est de recueillir des observations nouvelles, pourvues de tous les éléments que permettent, aujourd'hui, de mettre en action l'analyse clinique et le secours des sciences accessoires.

Cependant, nous ne pouvons nous soustraire à l'obligation d'ébaucher, ici, quelques-uns des linéaments du sujet, dans le but exclusif de guider le lecteur, et de réunir les données les plus indispensables pour la pratique médicale.

Tout d'abord, nous rappelons que, conformément au principe que nous avons appliqué pour le pityriasis, le lichen, etc., nous nous refusons à conserver au mot de *pemphigus* la signification banale de *lésion* bulleuse, et que nous entendons ne donner ce nom qu'à une *maladie individualisée,* qui sera *le* pemphigus.

C'est seulement par force majeure, que nous avons maintenu le radical de pemphigus — voy. p. 478, note 1 — à une maladie bulleuse des nouveau-nés — *pemphigus des nouveau-nés,* — et que nous le conservons provisoirement à la maladie bien décrite par Neumann sous le nom de P. végétant, — P. de Neumann — voy. Ueber Pemphigus vegetans, (frambœsioïdes), avec chromographies et dessins histologiques, *Vierteljahresch. f. Dermat. u. Syph.,* 1886, p. 157 et suiv., et *Congrès de Paris,* 1889, et *public. antér.*; — A. Marianelli, Contr. allo stud. d. P. vegetante *in Giorn. ital. d. Malatt.* V., *e. d.* pelle, Giugno 1889, — Radcliffe Crocker — P. vegetans. *Roy. méd. and chir. Soc. of* London 1889, anal. franç., p. Brocq, *in Ann. de Dermat. et de Syph.,* 2e série, t. X, 1889; — mais sans que cette similitude nominale implique aucune identité de nature.

Quant aux dénominations de P. *syphilitique* et de P. *lépreux*, nous les repoussons complètement; il n'y a pas plus de pemphigus syphilitique que de psoriasis syphilitique; il n'y a que des syphilides, ou des léprides bulleuses.

Le pemphigus sera donc l'un des types, le plus élevé, des phlycténoses, dermatoses bulleuses, — abréviativement, des *hydrodermies*, — groupe artificiel, réuni ici pour l'étude, et non pour en faire une classe nosologique, ainsi que nous l'avons fait plus haut pour les érythrodermies.

Mais ici, les conditions sont moins favorables, car nous rencontrons une lésion élémentaire, unique, la bulle, commune à un grand nombre d'affections radicalement distinctes, et, dans cette lésion, une variété illimitée de types, d'aspects généraux ou partiels, qui échappent à toute délimitation absolue.

Depuis la bulle toxidermique la plus simple jusqu'à la bulle du pemphigus, et depuis l'érythème bulleux typique jusqu'aux cas les plus ambigus de dermatite bulleuse multiforme, il n'est pas un élément objectif, ou subjectif, isolé, qui ne puisse être rencontré dans chaque affection. Si vous ajoutez à cela que l'étude histologique des tissus atteints, l'examen du liquide des bulles, chimique ou bactériologique, l'hématologie, l'urologie, l'étude étiologique, etc., ne produisent aucune

donnée éliminatoire précise, vous aurez entrevu l'insoluble difficulté qu'il s'agit de résoudre.

En fait, nous ne sommes guère mieux pourvus pour cette classification que ne l'était Stanislas Gilibert. Pas plus que lui nous ne possédons de caractère univoque qui nous permette de constituer des *espèces* dans les affections bulleuses. C'est seulement par la réunion, la hiérarchie, l'ordre de succession, l'association des phénomènes objectifs, des troubles subjectifs, des réactions organiques, et d'autres caractères encore tirés de coïncidences, telles que la grossesse, par exemple, que l'on peut constituer des types sûrement différenciés. Et si l'on peut avancer dans cette voie avec quelque sécurité, c'est seulement à la condition de s'astreindre à une méthode analytique sévère, et grâce au niveau plus élevé des connaissances générales en dermatologie.

Même avec l'artifice que nous employons, il nous sera impossible de réunir dans notre vue d'ensemble la totalité des hydrodermies. Nous en sommes réduits à déclarer que, en dehors de nos catégories, il existe une somme nombreuse de faits isolés, que nous ne pouvons déposer dans aucune case étiquetée. Ces faits restent relégués dans une espèce de purgatoire, en attendant leur réhabilitation. Ils sont maintenus là pour ne pas encombrer les voies, et pour ne pas faire obstacle au groupement des faits plus simples. Nous ne mettrons pas le lecteur aux prises avec les difficultés que leur étude suscite, mais il doit savoir qu'ils existent, pour ne pas être pris au dépourvu quand il rencontrera leurs semblables.

Un exemple seulement pour faire toucher du doigt la difficulté: Dans la séance du 6 juin 1889, — Voy. Réunion des médecins de Saint-Louis *in Ann. de Dermatologie*, 2e série, t. X, p. 801, — sous le nom de *Dermatite bulleuse*, Hallopeau a présenté un malade atteint d'une affection que l'on ne pouvait rattacher sans objection à aucun des types classés.

Après avoir vu le malade — et tout en déclarant qu'il n'en était pas ainsi dans ce cas soigneusement examiné par Hallopeau — Fournier déclara avoir observé un fait d'éruption absolument semblable chez un homme atteint de blennorrhagie, qui avait pris du cubèbe, dans le service de Ricord. « Ricord, dit-il, *avait pensé que le cubèbe n'était pas étranger à cette éruption, qui dura environ quinze jours. Après ce temps, le même médicament fut administré au malade sous mes yeux, et le lendemain je constatai la même éruption.* »

Voilà donc un fait qui, soumis à l'examen contradictoire de médecins spécialement voués à la dermatologie, n'a pu être catégorisé nulle part, ressemble, à s'y méprendre, à une toxidermie sans l'être en réalité, et qui, chose plus remarquable, demeure, après la guérison du malade, également errant. L'affection bulleuse a guéri en quelques semaines, et, pour comble, chaque bulle a laissé, à sa place, de véritables cicatrices.

Hallopeau, qui a bien voulu nous communiquer ces détails complémentaires, déclare qu'il ne peut donner à l'affection dont il vient d'être question d'autre épithète que : dermatite bulleuse subaiguë, sans pouvoir la faire rentrer dans aucun de nos cadres classiques

Nous n'insistons pas et, les réserves nécessaires posées et ces avertissements donnés, nous allons jeter un coup d'œil comparatif rapide sur les hydrodermies actuellement plus ou moins classées : le *pemphigus* — P. *bulleux* et P. *foliacé* — les *pemphigoïdes*, comprenant la *dermatite herpétiforme* de Duhring — *dermatite polymorphe douloureuse à poussées successives*, de Brocq, etc., — les *érythèmes bulleux*, — les *éruptions bulleuses artificielles ou toxiques*, *hydrotoxidermies*.

§ II. Le Pemphigus.

P. bulleux ; P. foliacé

I

Pemphigus bulleux. Maladie bulleuse par excellence, la plus funeste des *grandes dermatoses malignes*, débutant insidieusement, puis avec ou sans rémissions ou accalmies, d'un pas égal ou inégal, marchant à une terminaison le plus ordinairement fatale.

Objectivement, elle est caractérisée par des bulles de dimensions variables plus souvent grandes que petites, qui peuvent croître après leur apparition en s'élargissant, ou en fusionnant, naissant de la peau saine, médiocrement tendues, quelquefois flasques, contenant un liquide rapidement louche ou opalin, parfois hématoïdique.

Les bulles rompues, la surface dénudée ne s'élargit pas, et reste nettement distincte de la peau saine ; elle sécrète un liquide concrescible plus ou moins abondant, qui la recouvre sous forme de croûtes lamelleuses plates, fines, foliacées dans les premiers stades, mais qui, au cours de la maladie, deviennent plus humides, plus épaisses, recouvrant des surfaces plus vivement irritées. D'abord isolées, les bulles se groupent, coalescent, et forment de grandes plaques croûteuses, à bords multicerclés nettement séparés de la peau saine.

Le mode de la cicatrisation des exulcérations, ou des ulcérations bulleuses varie. Tantôt, les bulles passées laissent à leur place une *macule* vasculaire et hématoïdique avec réparation *ad integrum ;* dans d'autres cas, il y a eu ulcération véritable, et il se produit, alors, une cicatrice analogue à celles des brûlures au deuxième degré, ou des vésicatoires qui ont suppuré.

Dans certains cas, le fond de l'ulcération bourgeonne pathologiquement, s'élève, *végète*, dans les points de contact, dans les plis de flexion — *Pemphigus végétant.* — Ce processus de végétation postbulleuse *ne doit toutefois pas être considéré comme spécial au pemphigus*, et forçant la qualification de « pemphigus », nous l'avons observé plusieurs fois dans les dermatites multiformes les plus typiques, et on le retrouve dans l' « impétigo herpétiforme ».

Les *troubles de la sensibilité de la peau*, dans le pemphigus vrai,

varient selon le degré de la maladie. Au début, ils sont nuls, ou peu prononcés; prurit, fourmillement, etc., *localement* développés aux points qui vont devenir le siège de la formation bulleuse; il n'est pas rare que la formation des bulles se fasse à l'insu du patient. Localisés et limités aux phénomènes éruptifs, le prurit et les sensations douloureuses n'acquièrent ni l'importance ni le degré auxquels on les observe dans d'autres hydrodermies.

C'est seulement à une époque déjà avancée de la maladie, quand le derme devient vivement irrité après sa dénudation, que l'on observe dans le pemphigus des douleurs cruelles, mais qui restent ordinairement liées aux vicissitudes éruptives, et réglées par le degré des phénomènes de la dermite secondaire.

Les érythèmes bulleux et les éruptions pemphigoïdes peuvent avoir des *localisations muqueuses*, buccales, linguales, labiales; mais, l'érythème hydroa excepté, qui a des caractères diagnostiques précis, aucune de ces affections ne les présente à un degré aussi élevé que le pemphigus, où elles acquièrent par leur précocité, leur étendue, leur longue durée, leur gravité locale due aux troubles dysphagiques, une importance spéciale et une valeur caractéristique.

A notre observation, le pemphigus vrai est, de toutes les affections bulleuses, celle dans laquelle les *localisations oculaires* et *conjonctivales* sont le plus *rares*. Nous conservons cette remarque même après le très intéressant travail dans lequel Malcolm Morris et H. Leslie-Roberts, — Pemphigus of the skin and mucous membrane of the mouth, etc., and P. of the conjunctiva, *in The Brit. Journ. of Dermat.*, 1889, — après avoir rapporté une observation personnelle, donnent un tableau synoptique de 28 cas recueillis dans la littérature médicale. Pour nous, en effet, dans plusieurs de ces faits, le diagnostic même de la dermatose est discutable et réclame toute réserve.

Le *mode de début* du pemphigus n'est pas très certainement fixé dans des caractères propres; toutefois il semble bien positivement avoir lieu d'une manière régulière sur les muqueuses, par le pharynx, la bouche ou les lèvres, ou par les parties couvertes du corps, la région thoracique antérieure particulièrement. Secondairement et progressivement, les membres sont atteints, rarement en entier mais par placards prédominant aux aisselles, à la région inguinocrurale, aux creux poplités, au coude, au grand trochanter, aux cous-de-pied. Une certaine symétrie préside à la distribution, mais quelquefois très relative.

Dans ces premières phases, l'*évolution bulleuse* — soulèvement, dessiccation, exfoliation — s'effectue rapidement; en un septenaire, la bulle est remplacée par une macule plus ou moins exfoliée; les poussées de bulles se succèdent rapidement. Plus tard, cette évolution se ralentit; les bulles sont moins nombreuses, mais la résolution et la cicatrisation des exulcérations ne se font plus; de grandes surfaces restent couvertes de croûtes, présentant l'aspect d'un eczéma ou d'une dermatite exfoliante. Si l'on est appelé à voir le malade seulement à ce moment, l'ambiguïté peut être fort grande, si l'on est privé de renseignements sur les actes précédents.

Les complications inflammatoires, lymphangites, folliculites, adénites, abcès et phlegmons, sont peu ordinaires; mais on peut assister à la formation d'eschares de décubitus aigu, comme dans plusieurs états généraux graves.

Dans les cas vraiment rares où une maladie méritant le nom de pemphigus rétrocède, il se fait des accalmies, les poussées deviennent moins multipliées en même temps que la guérison des éléments, la réparation s'exécutent plus rapidement, comme dans les premières phases.

Si le lecteur veut bien parcourir l'observation suivante d'un de nos faits personnels les plus simples, il aura pris un aperçu plus direct de ce qu'est véritablement le pemphigus, que par une description didactique.

Au mois de *janvier* 1879, une femme de quarante-huit ans, jusque-là réglée et bien portante, voit la menstruation cesser immédiatement à la suite de vifs chagrins en même temps qu'elle ressent des *douleurs au pharynx*, de la *dysphagie*, et qu'elle rend des *mucosités sanglantes*. Ce phénomène unique persiste comme seul trouble de la santé pendant les mois de janvier, de février et de mars, durant lesquels la malade continue de vaquer à ses occupations ; toutefois, elle se nourrit difficilement à cause de la dysphagie, perd de ses forces, s'amaigrit.

En *mars*, deux mois après le début de la dysphagie et des expuitions sanglantes, il se produit pour la première fois, *au devant du sternum*, de petites *bulles*, légèrement prurigineuses, qui s'affaissent en deux ou trois jours en se recouvrant de croûtes fines et superficielles; ces éléments naissaient de la peau saine sans rougeur préalable ; leur éclosion était annoncée seulement par le prurit local.

En *mai*, — la dysphagie, les expuitions sanglantes, et les formations de bulles en avant du thorax ayant continué pendant les mois de mars et d'avril, — apparaissent pour la première fois des bulles *sur d'autres points du corps*; c'est alors que la malade se décide à venir consulter, et qu'elle entre à l'hôpital Saint-Louis dans notre service, salle Saint-Thomas (actuellement salle Gibert), le 27 mai 1879, lit nº 55. Internes du service, MM. F. Brun et P. Merklen.

La malade ne paraît ni vieillie, ni émaciée; la face conserve du coloris et n'accuse pas la souffrance; nul découragement; c'est seulement parce que l'éruption, en s'étendant, l'empêche de travailler, qu'elle vient à l'hôpital.

Aucune lésion du visage ni du cuir chevelu, les lèvres seulement présentent de petites croûtes noirâtres arrondies recouvrant des ulcérations de même forme, légèrement saignantes; sur la langue, plusieurs surfaces de même forme, dépourvues d'épithélium; dans le pharynx, rougeur diffuse pointillée sans soulèvement actuel ni exulcération.

Le col est intact.

A la région sternale supérieure, *lieu de début*, il n'existe plus que quelques plaques croûteuses, arrondies, très superficielles, incomplètes pour la plupart.

Mais le tronc et l'abdomen, faces antérieure et postérieure, sont couverts de bulles de dimensions variables naissant de la peau saine, incomplètement distendues par un liquide clair ou opalin, de la dimension d'un pois à celle d'une olive, flasques, en grand nombre affaissées. Les bulles sont séparées les unes des autres par des croûtes plates, rondes, fines, et par des macules de même forme, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cin-

quante centimes, reliquat des poussées antérieures. C'est à la face postéro-inférieure du tronc et de l'abdomen que tous ces éléments se trouvent en plus grand nombre.

Sur les membres supérieurs et inférieurs, mêmes éléments discrets, sauf au creux de l'aisselle, à la région sous-inguinale et au cou-de-pied, où les bulles sont accumulées, confluentes, larges, mais médiocrement tendues.

L'examen le plus attentif ne permet de constater, au niveau des éléments bulleux, aucun phénomène irritatif local érythémateux ou phlegmasique préalable ni coexistant. Les bulles se produisent sans hyperesthésie aucune, sans aucun trouble de la sensibilité appréciable à la recherche la plus minutieuse; le prurit qui existe est très peu considérable, et les bulles restent intactes; il n'y a de phénomènes douloureux que ceux qui sont produits par la pression des surfaces éruptives, l'adhérence aux vêtements, le décollement des croûtes. Il n'existe aucun phénomène, spontané ou provoqué par la recherche, qui décèle un état pathologique du système nerveux étudié dans l'encéphale, la moelle, les cordons nerveux et les nerfs périphériques.

Aucune des grandes fonctions, la menstruation exceptée, n'est troublée; l'appétit persiste; il n'y a pas de diarrhée; l'urine ne contient pas d'albumine ni de sucre; le sommeil serait normal sans les douleurs secondaires de la vésication bulleuse. La température (axillaire) ne dépasse pas 37°,2 centigr.

Du 27 *au* 31 *mai*, apparaissent, surtout pendant la nuit, des bulles nouvelles sur des régions non encore atteintes, la face interne des cuisses; elles ont, au moment où on les constate, le volume d'un gros pois; elles sont peu tendues; la malade a éprouvé pendant leur développement quelques fourmillements.

Du 1er *au* 5 *juin*, ces bulles s'élargissent; quelques-unes, rompues, se sont vidées et laissent une surface superficiellement exulcérée, recouverte d'une croûtelle lamelleuse, fine, peu adhérente.

Du 5 *au* 10 *juin*. Bulles sur les bords de la langue et sur sa face inférieure; l'une très nettement arrondie, de la dimension d'une pièce de deux francs, est très reconnaissable à son contour parfaitement net. La production des bulles continue partout, mais surtout aux membres inférieurs. La malade commence à souffrir péniblement.

Du 10 *au* 20 *juin*, on est obligé d'envelopper la malade de mousseline imprégnée de liniment oléocalcaire; sous ce pansement, la situation est moins mauvaise que dans le simple pansement à l'amidon en poudre avec lequel les croûtes s'accumulent en masses sèches et dures. Les surfaces exulcérées qui succèdent aux bulles sont simplement à l'état eczématique, ou vésiqué simple; dans les régions les moins couvertes on fait un simple enveloppement dans de la toile fine de caoutchouc. La poussée de bulles continue sur la langue et est permanente sur les lèvres.

Du 20 *au* 30 *juin*, malgré l'aggravation manifeste de l'éruption, l'état général ne semble pas encore compromis, et l'éruption reste la seule préoccupation de la malade, qui a encore de l'appétit, digère, se nourrit. Les éléments éruptifs se groupent par départements, laissant de grands espaces de peau saine. Sur le tronc, le groupe principal occupe la région sternale : la surface sus-pubienne à l'abdomen ; aux membres supérieurs, la plus grande partie est intacte, sauf à la région axillaire et autour du coude, pli et sommet. Aux membres inférieurs, tout est groupé aux régions sous-inguinales, autour du genou et des cous-de-pied, les espaces intermédiaires intacts. Les éléments agglomérés, débarrassés de leurs croûtes, forment des placards d'un rouge variable, à bords multicerclés, restant nets et dessinant exactement la forme et la place des bulles auxquelles ils ont succédé ; le procès s'arrête court et ne se reproduit excentriquement sur aucun point. On a dû renoncer au pansement à la poudre d'amidon à cause de la gêne

produite par la dessiccation des surfaces, l'adhérence aux pièces de pansement ou de vêtements, la fétidité ; l'enveloppement est fait simplement avec la toile fine, imperméable, soigneusement changée et renouvelée.

Du 1er *au* 5 *juillet :* Les altérations des lèvres et de la langue persistent ; des bulles volumineuses apparaissent pour la première fois aux mains, aux extrémités des doigts ; sur le tronc et les membres, il y a une diminution lans les néo-formations bulleuses. Mais l'appétit se perd, la température 'élève à 38°,6 ; le pouls, petit, reste fréquent (110) ; cependant, les urines estent non albumineuses. Bien que la malade soit couchée sur un matelas l'eau, et entourée de soins minutieux, on constate, à la portion médiane de la région sacrée, une eschare très douloureuse à sa périphérie, de la dimension l'une pièce de deux francs en argent, et un peu d'*œdématie* aux mains et aux pieds. La cavité buccale, les lèvres, sont toujours dans le même état ; elles ne peuvent être détergées que par des soins multipliés.

Du 5 *au* 10 *juillet :* La situation s'aggrave rapidement ; non pas qu'il y ait beaucoup de bulles nouvelles, au contraire, mais parce que les placards consécutifs aux éruptions précédentes n'ont plus aucune tendance à se séparer, restent rouges, douloureux, suintent abondamment un liquide qui, en peu d'heures, se concrète en croûtes volumineuses, et cela malgré tous es essais de pansement variés, d'enveloppement, d'occlusion, etc. L'eschare lu sacrum a doublé de surface, et un vaste cercle éliminatoire la sépare déjà les parties saines. On a été obligé de laisser la malade dans le décubitus lorsal, car les deux régions trochantériennes, comme les surfaces olécrâniennes, sont le siège de placards dénudés. La situation devient atrocement loulourеuse ; la patiente ne peut plus être soulagée que par des doses levées de morphine.

Du 10 *au* 12 *juillet :* Diarrhée colliquative résistant à tous les moyens employés ; découragement absolu ; la malade refuse tout aliment, toute boisson, tout médicament. Elle succombe le 12 juillet au soir, par épuisement progressif et sans crise agonique.

La nécropsie a été faite avec grand soin par Merklen, mais elle n'a pu être opérée que vingt-trois heures après la mort et par une température très levée. Il n'y a à relever, en ce moment, que ses caractères négatifs au point e vue d'une altération viscérale ou autre, dont l'affection cutanée aurait u être considérée comme un résultat : Adhérences générales anciennes des lèvres ; aucune lésion des reins, de la rate, du foie ; nulle part de tuberculose ; péritoine intact ; pointillé noirâtre — infarctus hématiques anciens — disséminés dans toute l'étendue du tube digestif ; intégrité des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques.

II

Pemphigus foliacé : Les processus épidermique, kératosique, exfoant, bulleux — hyperkératose, parakératose, kératolyse, achantolyse – lorsqu'ils évoluent *isolément*, constituent les divers types *normaux* 'épidermidoses ; mais ils ne s'excluent pas réciproquement, et l'on eut voir des bulles apparaître partiellement dans le cours d'une kéraose, ou des kératodermies se produire chez un sujet atteint de la phlycénodermie la mieux établie. Bien plus, on voit fréquemment ces processus se mêler accidentellement les uns aux autres, ou se succéder, et e déformer les uns les autres sans dénaturer la maladie.

A diverses périodes de toutes les affections bulleuses, pemphigus,

maladie de Duhring, impétigo herpétiforme de Hebra-Kaposi, etc.; dans les formes rémittentes, au moment de l'accalmie, la période de dessiccation et de réparation desquamative peut survivre parfois assez longtemps aux phases bulleuses, pour revêtir momentanément l'aspect d'une dermatite exfoliante proprement dite — kératolyse, achanto-kératolyse. Ce cas est caractérisé surtout en ce que la période desquamative coïncide avec une rémission dans l'état général, ce qui permet de ne pas faire de confusion avec le suivant :

Lorsque la phlycténodermie a parcouru une évolution prolongée et que — dans le pemphigus — la mort n'a pas succédé à une série progressive d'accidents cutanés typiques, on peut voir la maladie se *déformer*, les bulles devenir rares ou subir une évolution incomplète. Le soulèvement épithélial reste à plat et, suivant que la surface exulcérée qu'il recouvre laisse échapper, plus ou moins abondamment, un liquide eczématique, l'aspect général devient celui d'un eczéma croûteux généralisé, d'un eczéma lamelleux, d'une érythrodermie exfoliante par le fait même de la généralisation de la lésion, de l'exfoliation, et de la rougeur de la peau.

Dans ce dernier cas, la transformation de l'achantolyse en achanto-kératolyse est définitive ; elle représente une phase ultime, cachectique, pernicieuse, commune à diverses affections distinctes, et n'altère pas en réalité la nature primitive de l'affection — Voy. *Appendice des Traducteurs*, érythrodermies exfoliantes secondaires, p. 618.

Aussi longtemps que le terme de *pemphigus* demeura usité à titre banal, pour désigner toutes les phlycténodermies, il était légitime de dénommer *pemphigus foliacé* les dermatites exfoliantes secondaires — kératolyses, et achanto-kératolyses — épisodiques ou ultimes, du pemphigus et des autres affections bulleuses, en même temps que les formes vraiment mixtes, dans lesquelles l'exfoliation et la formation des bulles font partie intégrante du type individualisé.

Mais à présent, puisque, d'une part, toutes les affections bulleuses ne portent plus le nom générique de pemphigus, et de l'autre, puisqu'il existe dans la série du pemphigus vrai une affection *mixte*, foliacée et bulleuse, c'est à cette dernière seule que revient le nom de *pemphigus foliacé*. Il n'est vraiment plus permis de s'en servir, comme le font encore beaucoup d'auteurs, pour désigner à la fois une maladie, des complications accidentelles, et des lésions secondaires, terminales, communes à plusieurs maladies différentes.

Les diverses affections bulleuses, au cours et à la fin desquelles apparaîtra l'état foliacé, devront conserver leur dénomination propre, à laquelle il suffira d'ajouter l'indication du fait de l'exfoliation secondaire, spécifiée selon qu'elle est accidentelle, épisodique, intercurrente ou définitive et cachectique. A cette condition, on mettra dans les choses un peu d'ordre et de précision.

Par le terme de *pemphigus foliacé*, nous entendrons donc seulement désigner une affection *de la série du pemphigus vrai*, dans laquelle, soit d'emblée, soit après avoir revêtu pendant un espace de temps court et

imité, l'aspect du pemphigus bulleux, dans ses phases initiales, l'érupion prend les caractères suivants : La bulle proprement dite, pleine de iquide, n'apparaît plus, ou ne paraît que temporairement; souvent, our la constater, il faut assister à la reproduction du soulèvement épihélial, à la suite d'un bain par exemple, dans lequel on a fait tomber 'exfoliation adhérente. Il n'est pas rare cependant de voir, de temps autre, en quelques points jusque-là réservés, apparaître une bulle ypique, laquelle reste la minorité, l'accident.

Dans le processus foliacé du pemphigus, le disque d'épiderme corné ui est soulevé apparaît macéré; il se double ensuite par sa face rofonde de nouvelles exfoliations, et constitue à la surface de la peau ne plaque *nummulaire* plate plus ou moins squameuse ou croûteuse, u-dessous de laquelle existent un suintement eczématique et une exulcéation. Aussi longtemps que les éléments éruptifs restent isolés, ils conervent leur forme nummulaire, et ressemblent absolument à une série e petites vésications artificielles à la période de dessiccation comnençante. On en peut prendre une idée en examinant la figure XXX de Atlas de Tilbury Fox, *loc. cit.*

Chez une de nos malades, âgée d'une cinquantaine d'années, la surice presque entière du corps était recouverte de disques de ce genre arfaitement ronds, de grandes dimensions; le suintement sous-squaneux était, en même temps, assez abondant et l'éruption réclamait des oins incessants.

Avec ou sans accalmies, le processus est progressif; sa généralisation st la règle; la peau et le cuir chevelu sont envahis; les poils tombent; es ongles se déforment et peuvent aussi tomber. Les lèvres et la cavité uccale présentent les mêmes localisations fréquentes que celles du emphigus bulleux.

La peau est le siège de sensations pénibles variées, mais on n'y relève as régulièrement le prurit intense atroce, si caractéristique dans pluieurs grandes dermatoses d'une autre nature.

Quand l'affection est devenue confluente, les éléments se déforment u contact coalescent, ils se rompent et se détachent aux grands plis de a peau: la maladie prend le même aspect, et aboutit au même point ue dans les cas de dermatite exfoliante, ultime, terminale du pemphigus ulleux.

Hardy, bien qu'il ait sans doute un peu trop élargi le cadre du pemhigus foliacé, est un des auteurs qui ont le mieux décrit ces formes ares de pemphigus : il a insisté sur la sécrétion nauséabonde qui échappe des surfaces sous-squameuses malgré le caractère foliacé. 'il n'a pas assez nettement séparé les formes secondaires d'exfoliaion terminale du pemphigus, du pemphigus foliacé proprement dit, a, en fait, parfaitement vu ces cas dont la durée est indéfinie, et pour esquels il a indiqué *le délai* de quatre à six années, délai qui certaiement peut être dépassé

Le type éruptif que nous venons, non pas de décrire, mais seulement

d'esquisser, n'est pas le seul sous lequel puisse se présenter une affection chronique de la peau, idiopathique, exfoliante et bulleuse pendant toute sa durée.

Le fait suivant, que nous rangeons *à la suite* du pemphigus foliacé, en attendant que son classement définitif soit légitimé, pourra servir d'exemple, et montrer combien nos connaissances sur ces dermatoses mixtes sont encore rudimentaires.

Un garçon actuellement âgé de onze ans est né de parents parfaitement sains, non syphilitiques; la mère avait subi un grave accident de voiture au premier mois de la grossesse.

Au moment de la naissance, l'enfant, à terme, très fort et vigoureux, avait sur le corps « des places où l'épiderme s'enlevait comme un vésicatoire »; « la peau, au rapport de la mère, sécha vite, mais resta rugueuse. A quatre mois, on constata une première poussée de *bulles* sur le tronc; une seconde à dix mois, la peau restant toujours « dure ».

A deux ans, *crise violente de bulles sur tout le corps*, avec fièvre, durant deux mois, pendant l'été. Même réapparition pendant l'été, à trois ans. Les bulles se produisent en tous les points du corps, surtout les jours de pluie, mais particulièrement aux pieds et aux mains. Pendant l'hiver, les bulles ne paraissaient plus, mais la peau continuait à s'exfolier sur le tronc, sur le col, sur les membres; l'enfant restait faible et malingre.

C'est à cette époque où l'enfant nous est amené. Le premier aspect est celui de la forme la plus accentuée d'ichthyose noire que l'on puisse imaginer. Mais, avant même d'avoir entendu le récit qui vient d'être rapporté, l'intensité de l'exfoliation, qui est lamelleuse en beaucoup de points, l'engainement complet des mains et des doigts dans des gaines formées de lamelles superposées que l'on peut arracher avec une certaine facilité, l'envahissement de la figure, du cuir chevelu, de tous les plis de flexion ne laisse aucune valeur à l'apparence première. En quelques points, au cou-de-pied, sur le poignet, en soulevant quelques squames, on trouve un peu de suintement, et le frottement d'une chaussure ou d'une manchette détermine quelques soulèvements bulleux. Sur le cuir chevelu, on ne voit pas de bulles; mais une exfoliation lamelleuse abondante; les cheveux sont plutôt exubérants.

Jamais, à aucun moment, l'enfant n'a, ni n'a eu, de prurit; les aliments réputés excitants pour la peau n'ont aucune influence sur l'état des lésions, et les bains irritants, qui exaspèrent les poussées bulleuses, ne causent pas de démangeaisons.

L'enfant ne souffre que de la vésication bullaire, *après* la bulle produite, et de la décortication mécanique des surfaces en desquamation.

De trois à six ans, des bulles isolées en petit nombre se produisent à divers intervalles de mai à septembre. La veille du jour où une bulle doit paraître, l'enfant a toujours du malaise et de la fièvre. Pendant l'hiver, aucune bulle; mais l'exfoliation demeure presque généralisée.

De six à sept ans, l'enfant se développe, devient fort, les bulles se montrent moins nombreuses, l'exfoliation persiste, la peau amendée seulement par les topiques, et par l'usage interne de l'arsenic.

De huit à neuf ans, très rares bulles seulement en avril et en septembre. Pendant l'hiver, aucune bulle.

A neuf ans, l'enfant a grandi, a sensiblement la taille et l'aspect des autres enfants de son âge; il a bon appétit, dort bien, n'est tourmenté par aucun trouble de sensibilité de la peau, et n'a pas de prurit, lequel a, d'ailleurs, toujours été insignifiant. Un assez grand nombre de points de la peau préalablement très exfoliants ont repris l'aspect normal, et l'exfoliation intense est reculée au col, au tronc, et aux extrémités.

A dix ans, la situation continue de s'améliorer, mais on note encore, endant l'été, deux poussées bulleuses disséminées qui semblent avoir été rovoquées par des interventions médicamenteuses nouvelles : l'une, l'emploi e l'ichthyol *intus et extra*; l'autre, des bains presque indifférents pris dans ne eau sulfureuse faible; elles ont été de courte durée, et le rétablissement 'est fait rapidement.

Dans les grandes poussées, les bulles se font un peu partout, excepté sur le uir chevelu, la face et le col; on les observe sur le tronc, à la ceinture, aux nembres, surtout aux extrémités : quelques-unes ne soulèvent pas ou ne ompent pas la couche squameuse et ne se manifestent que par du suinement et un soulèvement partiel. Durant le même temps, l'exfoliation 'accroît, et l'on ramasse chaque jour, dans le lit de l'enfant, la valeur d'une uillerée à soupe ordinaire pleine de squames.

Toutes les poussées bulleuses sont *précédées*, et accompagnées de malaise, le fièvre, de tristesse, de perte d'appétit. Dans leur intervalle, l'enfant est gai, ntelligent, studieux, annonçant des aptitudes exceptionnelles pour tous les ravaux d'esprit, pour le dessin, la musique, etc. Son développement est à eu près normal au point de vue physique.

Au mois de janvier 1890, l'enfant a atteint sa onzième année; le dos des nains, les jambes, le thorax en avant et en arrière sont redevenus presque iormaux. Les cheveux abondants présentent à leur base en plusieurs enlroits, surtout aux tempes, une exfoliation un peu grasse, amiantacée; sur la igure, furfurations au niveau des commissures oculaires, buccales, nasales. Le col, couvert d'une desquamation granitée, colorée en noir sur plusieurs points où on n'a pas pu faire de toilette, l'enfant étant enrhumé depuis quelques semaines. L'abdomen, les aisselles, les creux poplités sont le siège des maxima desquamatifs sous forme de lambeaux d'un diamètre variable de quelques millimètres à un centimètre; les mains, face dorsale, sont engainées de squames, fendillées au niveau des plis de flexion; les ongles sains, bombés latéralement et d'avant en arrière; les faces palmaires en état de kératose uniforme épaisse, jaunâtre, donnant par le grattage des lambeaux épais, de plus d'un centimètre de diamètre; cette région est halitueuse et sudorale, comme à l'état normal.

En février 1890, à la suite d'une attaque d'*influenza*, il est survenu — ce qui n'arrive que rarement chez lui durant l'hiver — une poussée de bulles assez intense, surtout aux pieds, avec dépression des forces et état fébrile.

Toutes les périodes d'amélioration qui ont été constatées ont été en rapport avec la médication arsenicale; toutes les fois où l'emploi de l'arsenic a été interrompu, ou toutes les fois où on a essayé une médication nouvelle, une aggravation s'est produite, ou l'état est redevenu stationnaire. L'enfant supporte parfaitement dix gouttes de liqueur de Fowler par vingt-quatre heures; les bains lui sont avantageux; les bains légers de goudron — coaltar saponiné — lui sont toujours favorables.

L'observation que nous venons de rapporter établit l'existence d'une *dermatite chronique exfoliante et bulleuse*, déjà développée au moment de la naissance — *P. foliacé congénital* — bien distincte de la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés — voy. p. 821 — et des autres dermatoses exfoliantes et bulleuses des nouveau-nés.

Cette affection, qui évolue pendant toute l'enfance, semble se rapprocher — par le processus *décroissant* avec l'âge du sujet, les accalmies, l'influence saisonnière, l'intolérance de certaines médications et le bénéfice de quelques autres, etc., — de *maladies cutanées infantiles*

encore imparfaitement connues, telles que l'*urticaire pigmentaire* et l'*hydroa des enfants*, de Unna. — Voyez plus loin, page 817.

Mais ajoutons, sans tarder, que ces analogies n'impliquent aucune identité d'espèce entre les trois affections, dont le diagnostic différentiel peut s'établir aisément par des signes précis: Pour l'urticaire pigmentaire, par tous les phénomènes objectifs et subjectifs; — pour l'hydroa des enfants, de Unna, par la série entière des caractères qui lui sont propres, avec cette distinction facile à établir extemporanément, même aux époques de poussées bulleuses, que, dans l'*hydroa* de Unna, la peau des enfants reste parfaitement saine et normale dans les intervalles de ces poussées, — tandis que dans le *P. f. infantile*, l'état foliacé persiste toujours plus ou moins intense sur différents points du corps.

§ III. Les Pemphigoïdes.

1° Dermatites bulleuses complexes ou multiformes, idiopathiques, primitives (*hydrodermies multiformes*) — *Hydroas de divers auteurs* — *Dermatite herpétiforme* de Duhring — *Dermatite polymorphe douloureuse* de Brocq; — 2° Érythèmes multiformes bulleux — Toxidermies bulleuses (*hydrotoxidermies*); — 3° Nomenclature — Traitement.

I

Dermatites bulleuses multiformes.

Les faits qui composent ce groupe nouveau, cette individualité récemment créée, n'étaient en aucune manière inconnus; ils ont été décrits plus ou moins fidèlement dans un grand nombre d'observations. On les retrouve non seulement dans l'ancien « pemphigus », mais dans la classe des « herpès », des « hydroas », des « érythèmes », dans la « gale » des anciens, les « eczémas bulleux » des modernes, et jusque dans les syphilides. Le plus grand nombre des cas se rapporte au P. à petites bulles et au P. prurigineux des auteurs, à l'hydroa bulleux et aux arthritides bulleuses ou au pemphigus arthritique de Bazin, à l'hydroa prurigineux de T. Fox, à l'herpès pemphigoïde ou au pemphigus herpétiforme de Devergie, etc., etc. Mais, avant Duhring, personne n'avait, en réalité, conçu et réalisé le projet de réunir tous ces faits dispersés sous les dénominations les plus diverses, et de les constituer — en dehors du pemphigus, des érythèmes phlycténoïdes, des « herpès généralisés », et des éruptions toxidermiques — en une individualité morbide définie, dont ils ne seraient que des espèces des formes ou des variétés.

La majorité des dermatologistes est aujourd'hui, depuis les travaux de Brocq, acquise au principe posé par Duhring; il ne reste qu'à préciser définitivement ce principe, et à poser quelques limites.

Aucun des phénomènes propres à la maladie nouvelle n'étant, en

lui-même, pathognomonique, sa constitution générale ne peut être basée que sur un véritable protocole, et établie par une sorte de procédure, de procès, dont les conclusions ou le jugement, on va le voir, doivent être parfois ajournés, pour attendre le supplément ou le complément d'information que le temps peut donner.

D'après Duhring et Brocq — *Congrès de Paris* de 1889 — la dermatite herpétiforme, ou dermatite polymorphe douloureuse, reconnaît pour caractères essentiels sommairement exprimés :

1° *La polymorphie absolue de l'éruption :* On trouve sur le même sujet des plaques érythémateuses, des papules, des vésicules plus ou moins grosses, des bulles, des pustules.

En outre, il y a des poussées multiples pouvant différer les unes des autres par le type éruptif; chaque poussée peut, en effet, être constituée par l'une ou par l'autre des variétés éruptives que produit l'affection. Donc, *polymorphisme* au même moment, ou polymorphisme dans les diverses phases de la maladie.

2° *Phénomènes douloureux :* constants. Ce sont des sensations variées, tantôt de démangeaison, tantôt de cuisson plus ou moins vive, tantôt de véritable douleur. Ces troubles de sensibilité peuvent exister avant, pendant l'éruption, comme dans l'intervalle des poussées.

3° *Longue durée de l'affection.* Il se fait des poussées successives pendant plusieurs mois; les cas types de Duhring ont eu une durée de plusieurs années.

4° Malgré l'intensité et la durée des épisodes éruptifs, le malade garde le plus ordinairement un *assez bon état général.*

Une opposition générale à ces propositions a été déclarée par le professeur Kaposi — *Congrès de Paris*, 1889, — qui réclame les cas constitutifs de la maladie de Duhring-Brocq, soit pour le pemphigus, soit pour les érythèmes multiformes bulleux.

Kaposi déclare que l'on trouve dans le pemphigus, exactement et absolument, tous les symptômes que Duhring et Brocq assignent à la dermatite herpétiforme — des périodes à grosses bulles, d'autres à petites vésicules ou mixtes, des intervalles de parfaite santé ou d'éruption solitaire; puis nouvelle récidive aiguë généralisée; de la fièvre; des érythèmes annulaires, papuleux, ortiés; des bulles; des dermatites et des pustules consécutives; de l'amaigrissement, etc.; et tout cela pendant des années, jusqu'à ce que s'établisse un pemphigus serpigineux ou même exfoliant, ou croupal ou végétant, et que survienne la terminaison funeste. Les bulles, ajoute-t-il, peuvent même manquer le plus ordinairement au cours de la maladie, comme dans le pemphigus prurigineux de Hebra, presque aussi grave que le pemphigus foliacé, — parce que les malades déchirent l'épiderme sur l'endroit même de l'éruption avant la formation complète de la bulle, forcés de gratter par l'intensité du prurit.

Ce que Duhring et Brocq appellent dermatite herpétiforme, le professeur Kaposi l'appelle pemphigus, et le malade du service de Fournier qui a été présenté au Congrès, et que Duhring et Brocq déclarent

être un type de la dermatite herpétiforme, est pour Kaposi un pemphigus irrécusable.

Cette opinion, ainsi formulée, n'a pas pour elle la majorité des dermatologistes; nous ne la partageons pas, on le sait, puisque nous avons essayé de constituer le pemphigus comme une maladie *à part*, à laquelle *seule* devait être réservée la dénomination que le professeur Kaposi veut continuer à appliquer à des faits certainement distincts. Mais nous allons voir, tout à l'heure, que plusieurs des objections du maître de l'école de Vienne sont recevables.

Dans sa communication fort importante faite au Congrès dermatologique de Paris en 1889, le professeur Schwimmer reconnaît que toutes les maladies bulleuses ne peuvent pas rentrer dans le cadre du pemphigus ou des érythèmes bulleux; — que le type de Duhring existe, et qu'il y a lieu de le conserver avec une dénomination spéciale. Mais il pense qu'il faut le limiter aux cas assurés par la généralisation ou par la très grande extension de l'éruption, et que, pour les autres, on peut, au moins pour le moment, se contenter des dénominations qui étaient usuelles avant Duhring.

Nous serions bien près d'être en accord parfait avec Schwimmer, si ce savant et judicieux dermatologiste voulait abandonner, au moins provisoirement, l'usage du terme de pemphigus qu'il réserve encore aux « cas douteux ».

Malgré les divergences qui subsistent, la question est posée nettement : Dès à présent on possède une somme de faits suffisante pour constituer, entre les érythèmes bulleux, d'une part, et le pemphigus, de l'autre, un type particulier ou un groupe spécial d'hydrodermies. Mais comme ce type en est encore à la période de formation, il s'agit de savoir ce qui doit en être éliminé ou rapproché, et il faut discuter — puisqu'aucun de ses caractères n'a de valeur *absolue* — la *valeur relative* des phénomènes qui lui sont attribués, et déterminer leur *évolution*, leur groupement et leurs *combinaisons*.

C'est dans cette direction que nous allons successivement examiner *la condition étiogénique — la localisation initiale de l'éruption — la polymorphie — la dysesthésie — la durée*, *l'évolution*, *les récidives*, *l'âge — la bénignité relative.*

I. *Condition étiogénique :* La valeur de la *condition étiogénique* dans la différenciation des dermatoses bulleuses est à peu près nulle. Gilibert l'avait nettement précisé, et Kaposi l'a rappelé en insistant sur ce fait que l'ignorance dans laquelle nous sommes de la pathogénie de ces affections ne permet pas d'en faire la division fondamentale.

A peine entrevoit-on un faible élément de distinction dans la notion pathogénique des érythèmes, supposés être liés à une *infection* (encore inconnue), et dans la conception de celle des dermatites bulleuses multiformes, qui se définirait par une cause entièrement d'origine

nerveuse. Mais tous les érythèmes ne sont pas infectieux, et il en est qui ont une origine « nerveuse » certaine — *Er. réflexes* — et, d'autre part, la « cause nerveuse » se retrouve dans le pemphigus.

Si, des conditions générales, on passe aux causes spéciales, telles, pour ne prendre qu'un seul exemple, que la gestation utérine, que l'on trouve inscrite comme condition efficiente spécifique d'une forme individualisée de dermatite bulleuse multiforme — *Dermatite p. récidiv. de la grossesse*, H. *de la gestation* — on n'y peut rien voir d'absolu, puisque la grossesse, dans certains cas, éloigne les poussées éruptives au lieu de les provoquer.

L'observation suivante, que nous poursuivons encore au moment où nous écrivons ces lignes, en offre un exemple remarquable.

Au mois de mai 1887, quatorze mois après un accouchement normal, une jeune femme violemment éprouvée depuis un an par des émotions morales tristes, est prise d'une éruption intense, d'abord bulleuse, puis multiforme, avec début et prédominance permanente, sur les mains et les membres supérieurs, plutôt avec cuisson que prurit, sécrétion très abondante, avec soulèvements phlycténoïdes, renouvellement incessant des éléments par poussées successives, sans aucune interruption depuis le début jusque vers la fin de l'année 1888. Bien que, pendant les derniers mois de cette année 1888, au cours de laquelle avaient cessé les chagrins éprouvés antérieurement, les poussées fussent devenues plus légères de mois en mois, il en existait encore quand, au mois de décembre 1889, survint une seconde grossesse. *A partir de ce moment, une amélioration progressive se manifeste et, pendant les trois derniers mois de cette grossesse, l'accalmie fut absolue, complète.*

Mais, de la quatrième semaine à la septième, après l'accouchement, de nouvelles poussées reparurent, et, après la huitième semaine, au moment du « retour de couches », les phénomènes dysesthésiques s'accentuèrent de nouveau, en même temps qu'apparaissait une poussée plus vive.

Ce fait n'est pas le premier ; l'observation de Duhring qui porte le n° IV dans le mémoire de Brocq, *loc. cit.*, p. 5, et qui, bien que Duhring l'ait intitulée « *impétigo* herpétiforme », est, comme Brocq l'a relevé, un cas de dermatite multiforme bulleuse, est relative à une femme qui présenta plusieurs accalmies, l'une d'elles pendant une grossesse. Mais, ce qui pouvait être considéré comme un fait accidentel et sans analogue est devenu, à présent, nettement établi par notre observation.

Ces faits, il faut le dire, n'infirment pas le rapport qui existe entre la grossesse et la dermatose, mais ils le montrent sous un jour différent, puisqu'il peut être tantôt excitateur, tantôt inhibitoire.

En résumé, s'il n'est pas indifférent, dans la différenciation des dermatoses bulleuses, de tenir compte de la condition étiogénique, il faut être très réservé dans l'interprétation de phénomènes aussi complexes, et aussi peu contingents.

II. *Localisations initiales :* Le professeur Kaposi, à la tête de l'école allemande, considère comme ayant une importance de première valeur pour spécifier les érythèmes multiformes bulleux, la *localisation initiale de l'éruption.* Il proteste contre l'inclusion, dans la maladie nou-

velle, des cas ayant les caractères du type qui lui est assigné par Duhring et par Brocq, si ces cas ont commencé uniformément et synchroniquement par poussées, atteignant d'abord la *face dorsale des extrémités.* Si, au contraire, *les mêmes éruptions* débutent sur la région sternale ou sur le cuir chevelu, ou sont dispersées irrégulièrement, c'est-à-dire contrairement au type de l'érythème polymorphe, il pense que la maladie qui va se dérouler n'est ni un érythème bulleux, ni une éruption pemphigoïde, mais qu'elle sera grave, le plus habituellement fatale, et que l'on doit alors déclarer qu'elle est de l'ordre du pemphigus.

Ainsi donc, le lieu de *début*, la localisation anatomo-topographique initiale de l'éruption, auraient une valeur à peu près absolue, et la détermination première au dos des mains et aux avant-bras, non seulement pour Kaposi, mais encore pour Unna, serait exclusive aux *érythèmes* « dans lesquels elle ne ferait jamais défaut ». — P. G. Unna, Ueber die Duringsche Krankheit und eine neue Form derselben, *in Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, t. IX, n° 3. Anal. franç. p. Doyon, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, t. X, 1889.

La réalité est que ce caractère n'a qu'une valeur relative pour préjuger la nature érythémateuse d'une éruption bulleuse, car il peut manquer dans les érythèmes les plus certains — Voy. note 3, p. 356; — on peut le rencontrer, au contraire, dans toutes les formes de la maladie de Duhring.

Quand la *localisation initiale* est très précise, et synchrone, *sur le dos des mains*, elle a une réelle signification pour éliminer le pemphigus et pour annoncer un érythème. Si une éruption bulleuse débute *par le tronc*, il y a lieu de penser au pemphigus; — à la dermatite de Duhring, si elle se montre d'abord *sur les membres* — cela, pour n'y plus revenir, sous les *réserves* que nous avons indiquées.

Dans toutes les dermatites bulleuses, il peut exister des localisations labiales, buccales, pharyngées, mais, dans les érythèmes bulleux, ainsi que dans les hydrodermies multiformes, elles ne sont pas très fréquentes, elles sont rarement initiales et, en général, même dans les cas sévères, elles prennent peu d'importance, à l'exception de celles des érythèmes bulleux figurés — *érythème hydroa* — Voy. note 2, p. 360 et suiv. — Dans tous ces cas, elles sont moins importantes que dans le pemphigus, où non seulement elles existent souvent intenses et multipliées pendant toute la durée de la maladie, mais où elles marquent souvent le début, et constituent la *localisation initiale.*

III. *Polymorphie de l'éruption :* Bien que la polymorphie soit inscrite en tête des caractères signalétiques de la maladie de Duhring-Brocq, elle n'est pas plus que les autres caractères, univoque ni absolue, et elle peut ne pas exister à toutes les périodes de la maladie, ni dans toutes les attaques; quand elle existe, sa valeur est grande, mais elle peut manquer sans que la maladie cesse d'exister. La première atteinte, par exemple, est quelquefois entièrement bulleuse ou érythémato-

bulleuse, à la manière des érythèmes bulleux avec lesquels elle se confond objectivement d'une façon entière; il faut, alors, faire intervenir dans la discussion un autre élément diviseur, tel que le prurit, par exemple.

L'unité de l'éruption, sa monomorphie, constituent alors un accident; elles n'indiquent pas une forme spéciale car elles disparaissent soit au cours de la crise, soit dans une des récidives; ce sont, selon la remarque de Unna, des cas *incomplets*, et c'est plutôt l'*évolution polymorphe* au cours des actes successifs qui est caractéristique, que la polymorphie elle-même.

Il ne faut pas omettre d'ajouter que la multiformité éruptive n'est pas monopolisée par la maladie de Duhring; le prurigo de Hebra, certaines variétés de prurigo acarien, l'eczéma généralisé, la dysidrose, un érythème ou une toxidermie irrités par des agents extérieurs, etc., peuvent réaliser plus ou moins, la multiformité des cas un peu anciens de maladie de Duhring.

En résumé, la polymorphie absolue d'une éruption bulleuse, et surtout la succession ou la coïncidence chez un même sujet d'érythème, de papules, de vésicules, de vésicules purulentes ou mieux à contenu opaque, de bulles de toutes les dimensions, constitue un excellent élément de différenciation entre le pemphigus et les pseudo-pemphigus. Mais d'une part, cette polymorphie peut se rencontrer dans des affections d'un ordre différent, et d'autre part, elle peut manquer dans un cas particulier sans que celui-ci doive être renié de ce seul chef, si d'ailleurs il présente les autres caractères du syndrome conventionnel.

IV. *Dysesthésie :* Les phénomènes d'hyperalgésie, d'hyperesthésie, de prurit, de fourmillement, de brûlure, de piqûre, etc., très variés, qui appartiennent à la maladie de Duhring, constituent un de ses meilleurs caractères.

Unna place les phénomènes dysesthésiques en seconde ligne dans l'ordre hiérarchique des symptômes cardinaux de Duhring, après le phénomène de la récidive. Cette proposition n'est pas recevable : les dysesthésies, en effet, sont présentes, actuelles; il n'y a pas besoin, pour les apprécier, d'attendre l'avenir ni de scruter le passé des patients.

Elles constituent un phénomène de premier ordre, pratiquement, au point de l'indication extemporanée, le plus important, pour distinguer les pseudo-pemphigus du pemphigus, et la maladie de Duhring-Brocq des érythèmes vulgaires.

Elles ne sont pas, il est vrai, exclusives au type de la maladie nouvelle : on ne peut pas, par exemple, faire un groupe des *hydrodermies prurigineuses*, puisque l'urticaire bulleuse, ainsi que plusieurs hydrotoxidermies, etc., peuvent être prurigineuses. Mais, avec Brocq, nous déclarons que les dysesthésies, prurit, douleurs, brûlures, etc., représentent un élément morbide capital, véritablement solennel dans la maladie de Duhring, dont ils font partie essentielle, non pas attachés simplement à l'éruption, mais pouvant la précéder ou lui *survivre* longtemps.

Le fait suivant, pris dans nos observations les plus récentes, montre nettement le caractère, l'importance, la valeur et le degré des phénomènes dysesthésiques dans le complexus morbide.

F. M..., cinquante-huit ans, modiste. Entrée le 10 mai 1889, salle Gibert. Service de M. Ernest Besnier ; interne, M. Hautecœur.

Femme de petite taille, mais chargée d'embonpoint, n'étant plus réglée depuis sept ans, ayant eu, à quarante-huit ans, une attaque de « rhumatisme articulaire » localisé aux genoux, avec fièvre et alitement de trois mois. Depuis cette époque, elle a « des douleurs » tous les étés, aux genoux et dans les épaules.

Elle n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni hystérique, mais extrêmement « nerveuse et impressionnable ». Depuis deux ou trois ans, ennuis persistants, vifs chagrins, pertes d'argent.

Dans les premiers jours d'avril 1889, sans incident plus triste que d'habitude, elle est prise de *démangeaisons* assez vives sur la partie antérieure du cou ; presque aussitôt apparaît un « bouton », puis des croûtes, et, au bout de deux ou trois jours, « cloches remplies d'eau » ; généralisation du prurit et des bulles au dos, aux bras, aux cuisses ; bulles de toutes formes et de toutes dimensions, se rompant et laissant à leur place une croûte brunâtre ; l'éruption procède par poussées ; les bulles ne se reproduisent pas sur les points où elles s'étaient déjà développées.

Au prurit des premiers jours succéda, pendant tout ce mois, des « *brûlures profondes* », *des douleurs*, *des* « *brûlures comme de l'eau bouillante* ». Le grattage autour des bulles calmait cette douleur. Insomnie, à la fois à cause des douleurs et de la difficulté de trouver dans le lit une situation convenable ; constipation, amaigrissement, inappétence. Le médecin traitant avait ordonné : poudre d'amidon, lotion boriquée, liqueur de Fowler.

Le 10 mai, au premier examen, on constate une véritable éruption généralisée de bulles de dimensions variables depuis un pois jusqu'à une olive, tendues, remplies d'un liquide citrin, disposées symétriquement, et groupées sur de vastes placards érythémateux ; on les observe sur le front, les paupières supérieures, le menton ; les parties latérales du cou en sont couvertes. Sur le tronc, groupes confluents dans l'espace intermammaire, dans les aisselles, débordant en avant ; une ceinture autour du tronc, au niveau de la région ombilicale ; de véritables groupes à la face interne des cuisses, aux aines, dans les plis génito-cruraux, et jusque dans l'espace interfessier ; les poignets et les malléoles marquent la limite inférieure, qui n'est pas dépassée ; c'est à peine si quelques bulles rompent la limite sur le dos du pied.

Des bulles isolées, aberrantes, existent sur différents points, en dehors des grands conglomérats ; elles naissent de la peau, en apparence intacte, mais s'entourent rapidement d'une zone érythémateuse, quelquefois d'un peu d'œdématie ; la limite de cette zone est toujours à niveau, jamais elle ne se relève ni ne devient phlycténoïde, comme dans l'érythème multiforme commun, particulièrement dans l'érythème hydroa.

Quant aux grappes de bulles, elles reposent toutes sur une nappe érythémateuse livide hyperalgésique ; sans marge ni dessin figuré, elles sont de toutes les dimensions, jetées pêle-mêle, sans ordre dans le groupe, entremêlées d'excoriations sanguinolentes, de croûtes et de macules.

Tout à l'entour, l'hyperesthésie est très accentuée ; la malade ne peut y effectuer le grattage que très légèrement, sous peine de produire des douleurs vives : la moindre piqûre d'épingle ne peut être tolérée.

Pendant tout le mois de mai, les poussées incessantes fatiguent la malade, dont l'embonpoint ne diminue cependant que fort peu ; tous les soirs, la température s'élève à 39 degrés centigrades; les douleurs, le prurit, les cuissons sont extrêmes ; il se déclare de la diarrhée, et les urines, toujours rares depuis le début, s'abaissent à 100 grammes par vingt-quatre heures. La situation de la malade paraît devenir grave.

Cependant, après avoir eu recours au régime exclusif du lait, supprimé les médicaments, puis remplacé le lait par la tisane de chiendent additionnée de 50 grammes de lactose par litre, il se produit, vers la fin de mai, une diurèse abondante, et, dès le 27 mai, l'urine atteignait 1,700 grammes par vingt-quatre heures.

Depuis ce moment, les poussées deviennent plus écartées, moins fortes, les vastes placards se dissocient ; les vésicules et les bulles deviennent moins nombreuses, les douleurs moins vives, *mais le prurit persiste.*

Dès les premiers jours de juin, les grandes poussées bulleuses cessent et les placards desquament à lambeaux superficiels, respectant les callosités et durillons. Les plaques érythémato-bulleuses sont remplacées par des plaques livides et légèrement pigmentaires, à bords polycycliques, bornées de disques représentant exactement toutes les bulles éteintes, et se décolorant graduellement *de la périphérie* au centre, lequel reste plus coloré ; de sorte que, dans leur rétrocession, elles se disposent en iris ou en cocarde composée d'un anneau circonférentiel linéaire légèrement pigmenté, d'un second concentrique, un peu plus large, rose pâle, et un disque central beaucoup plus grand, fortement pigmenté *et présentant, au centre, un véritable bourgeonnement hypertrophique.*

L'état général se relève, la température matinale est de 36 et quelques degrés et n'augmente, le soir, que d'un degré. Des bulles isolées, généralement petites, apparaissent de temps à autre.

Le prurit persiste. Une desquamation superficielle, lamellaire, de la paume des mains et de la plante des pieds, où il n'y avait jamais eu de bulles, apparaît.

De temps à autre, les urines deviennent rares et colorées, et il se fait de petites poussées ; mais, avec l'emploi de la lactose, on obtient de suite des diurèses de 2,500 grammes par vingt-quatre heures.

Au 10 juillet, il ne se fait plus de bulles, l'appétit est bon ; le poids augmente, mais le prurit persiste, *intense*, *sans une seule bulle* nouvelle. Même état pendant le mois d'août. Le prurit persiste ; la malade s'en plaint amèrement, mais, malgré les grattages, il n'apparaît pas de lésions cutanées et pas une seule bulle.

En septembre, la malade vient passer quelques jours à l'hôpital. On constate qu'elle n'a pas maigri, que l'urination se fait bien ; mais le prurit persiste ; aucun des topiques employés n'amène de soulagement que pour très peu de temps. La malade, découragée, sort de nouveau de l'hôpital, et elle cesse même la médication interne (arsenicale).

En octobre, même état.

En novembre, un peu d'amaigrissement ; *le prurit persiste.* Comme au début, sensation des brûlures qui préludaient aux bulles, et la malade croit qu'il va en apparaître, mais elle ne voit rien, sauf au centre de la joue droite, où elle dit qu'il sort, presque tous les soirs, « de fines petites boules de la grosseur d'une tête d'épingle, contenant de l'eau », et qui disparaissent le matin, après la toilette. A un examen attentif, on ne peut constater qu'un peu de rougeur, une desquamation fine, mais pas la moindre vésicule.

Toutes les *macules* sus-indiquées, traces des grappes bulleuses, persistent en s'atténuant ; elles forment de larges plaques de couleur jaune foncé,

lisse, sans desquamation; la zone circonférentielle externe de la cocarde maculeuse s'est effacée; la deuxième zone est à peine un peu plus foncée que le centre, lequel est également lisse; il a perdu l'aspect muriforme qu'il avait offert pendant quelques temps.

En février 1890, la malade est revue, *le prurit persiste;* il n'y a pas eu de nouvelles poussées bulleuses.

V. *Récidives — Marche — Durée :* Dans ses formes typiques, la dermatite herpétiforme est une maladie de *longue portée*, à *poussées successives, sub-intrante,* ou composée d'une série indéfinie de *rechutes* et de *récidives.*

Tous ces éléments ont une valeur de premier ordre pour confirmer un diagnostic ou l'établir rétrospectivement : mais il n'échappera pas qu'ils font nécessairement défaut dans la première atteinte, et aux phases initiales de la maladie. On ne saurait oublier, enfin, que la faculté récidivante n'appartient pas à la seule maladie de Duhring.

Dans les dermatites bulleuses multiformes, comme dans toutes les autres maladies, le processus peut avorter, en rester aux premiers actes, réaliser des formes aiguës légères, ébauchées, frustes, ou bien ne plus se reproduire, même après une première atteinte des plus caractérisées. Sans invoquer les observations des autres, nous pouvons affirmer, d'après notre pratique personnelle, que la maladie de Duhring peut, même dans ses types les plus accentués et les plus cruels, cesser complètement, et ne plus se reproduire même après un grand nombre d'années, — six à notre observation actuelle.

Il sera souvent, nous l'admettons, prudent de suspendre son jugement, de mettre les malades en observation et de réserver le diagnostic, mais sans aller, avec Unna, jusqu'à l'ajourner systématiquement à la première récidive, ou à le renier si cette récurrence ne se produit pas.

Aucun élément partiel, en effet, ne doit être ainsi présenté comme absolu, aucun n'est indispensable à lui seul, et c'est seulement par l'ensemble et par la réunion de tous les éléments recueillis, que doit être accepté, ou rejeté, le diagnostic.

Les dermatites bulleuses multiformes ne sont pas encore assez nettement précisées pour qu'il soit possible d'établir parmi elles des divisions systématiques basées sur la marche et sur la durée. Toutefois, à titre provisoire, ou au moins sous réserves, on ne peut faire mieux que de prendre, pour tableau des formes et des variétés de la maladie de Duhring, le résumé suivant donné par Brocq. Nous modifions seulement l'ordre établi par notre savant collègue en commençant par les *faits de transition*, qui rapprochent les dermatites bulleuses complexes des érythèmes bulleux, et, jusqu'à un certain point, des hydrotoxidermies.

A. — *Dermatites polymorphes douloureuses aiguës*, lesquelles sont récidivantes, ou non, et ont une intensité et une durée des plus variables.

B. — *Dermatites polymorphes douloureuses subaiguës ou bénignes* comprenant, au point de vue de l'évolution, deux groupes secondaires.

a) L'un caractérisé par des attaques successives séparées l'une de l'autre par des intervalles de calme complet, *dermatites polymorphes douloureuses subaiguës récidivantes;*

b) L'autre caractérisé par une attaque unique composée de plusieurs poussées éruptives successives, presque toujours subintrantes, dont la durée totale est de cinq à dix-huit mois.

Dans chacun de ces deux groupes secondaires, on trouve les sous-variétés objectives, mentionnées ci-dessous pour les dermatites chroniques : elles ont peut-être même ici encore plus d'importance, et permettent d'établir des sous-variétés nettement tranchées, herpétiformes, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, etc. En effet, dans certains de ces faits, l'éruption est nettement polymorphe, et ce sont là les cas typiques; dans certains autres, il n'y a que des papulo-vésicules, des papulo-pustules, de petites bulles.

C. — *Dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives*, comprenant les sous-variétés objectives : érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse, bulleuse, et surtout polymorphe ou typique d'après l'aspect même de l'éruption, aspect qui peut, d'ailleurs, varier chez un même sujet suivant les phases de la maladie.

VI. *Age ; Maladie de Duhring dans l'enfance :* La dermatite bulleuse multiforme s'observe dans la jeunesse, dans l'âge adulte et dans la vieillesse, avec une fréquence assez égale pour qu'il n'en puisse être rien déduit au point de vue de la différenciation. Jusqu'à présent, elle avait été peu étudiée dans la première et dans la seconde enfance; toutefois, Unna — *Congrès de Paris*, 1889; et *loc. sup. cit.*, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889 — rattache à la maladie de Duhring cinq formes ou variétés, dont l'une porte le nom d'*Hydroa des enfants*. Voici le sommaire des caractères qu'il assigne à cette dernière variété :

1° Début dans les premières années de la vie; 2° rechutes continuelles pendant l'enfance; 3° maximum des attaques dans la saison chaude; 4° polymorphie peu accentuée de l'exanthème qui est composé presque exclusivement d'érythème papuleux, de vésicules et de bulles non purulentes; 5° prédominance des douleurs sur le prurit; 6° acuité des accès; 7° dépression constante de l'état général avant l'apparition de l'exanthème; 8° affaiblissement lent, spontané des accès à l'égard de l'étendue, de l'intensité, de la durée, et du nombre des accès vers le temps de la puberté; 9° disparition de la maladie et réduction extrême à l'âge adulte; 10° probablement limitation au sexe masculin, les dix cas observés étant tous relatifs à des garçons.

De même que pour l'H. de la grossesse et des femmes en couche, l'H. des enfants implique, pour Unna, une disposition particulière du système nerveux de la peau, disposition héréditaire, et qui peut se rencontrer chez plusieurs enfants d'une même famille.

La maladie de Duhring existe dans la première et dans la seconde enfance, pendant la dentition, indépendante de l'urticaire, du prurigo, des érythèmes, etc.; mais des études nouvelles sont nécessaires pour la dégager entièrement, déterminer ses variétés, et préciser le rang que doit occuper, parmi celles-ci, le type décrit par Unna.

Aucune confusion ne peut s'établir entre l'affection signalée par Unna, et l'*urticaire pigmentaire* à poussées bulleuses que l'on observe à la même période de la vie, à ce point que l'auteur n'a pas cru nécessaire d'en marquer les différences. Cependant nous n'avons pas jugé inutile de préciser sur ce point et voici — communication personnelle — ce que Unna a bien voulu ajouter, sur notre demande :

Dans l'urticaire pigmentaire, on peut toujours provoquer l'éruption factice — la formation des bulles est une circonstance accidentelle, irrégulière, et non pathognomonique — par une irritation vive quelconque, on peut faire naître des bulles sur les taches brunes; et on peut observer, pendant des mois, des cas d'urticaire pigmentaire sans qu'aucune bulle apparaisse. — Une fois apparue, l'urticaire pigmentaire n'a pas d'intervalles libres; toujours de nouvelles taches apparaissent jusqu'à ce que l'enfant, avec le progrès de l'âge, cesse d'en avoir, et jusque-là, il a sans cesse des taches.

L'hydroa des enfants n'a rien de l'urticaire : l'érythème papuleux y est rare, et les bulles et vésicules apparaissent promptement; il n'y a pas de taches pigmentaires consécutives et, histologiquement le pigment et les mastzellen manquent. Enfin l'éruption dans l'hydroa se présente sous l'aspect vésiculo-bulleux disséminé irrégulièrement, l'urticaire pigmentée a toujours ses plaques planes, jaunes, brunes, xanthélasmoïdes, etc., etc.

VII. *Bénignité relative :* Si l'on veut bien remarquer que, dans le pemphigus vrai, la vie est *régulièrement* compromise, et la *cachexie* prompte à venir, tandis que la maladie de Duhring ne menace pas *ordinairement* l'existence, et qu'elle peut durer presque indéfiniment sans léser, *à fond*, la nutrition ni les forces, on comprendra à quel titre la *bénignité* a pu être inscrite parmi les éléments caractéristiques de la seconde de ces dermatoses.

Mais il faut ajouter, immédiatement, que cette bénignité est toute comparative, *relative*, car la maladie de Duhring peut, à elle seule, causer *quelquefois* la mort, et elle constitue *très souvent* une affection particulièrement cruelle. Nous allons préciser en peu de mots :

A l'hôpital, et dans la pratique de la ville, nous avons observé plusieurs cas mortels, lesquels, rapprochés de quelques autres, et notamment du fait de Brocq, — *Congrès dermatologique de* 1889 — établissent que, surtout chez les sujets avancés en âge, les dermatites pemphigoïdes peuvent avoir une issue funeste, dès *leur première apparition, et dans des délais très courts.*

Toutefois, même chez les vieillards, et dans les cas les plus intenses, la guérison peut être obtenue. — Voyez, entre autres observations publiées depuis les travaux de Brocq, le cas rapporté par Dubreuilh dans une intéressante étude de la dermatite herpétiforme de Duhring, Bordeaux, 1889, et l'observation de Thibierge, Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, III, in *Annales de Dermat. et de Syph.*,

e série, t. X, 1889, p. 793. — Nous pourrions ajouter d'autres exemples irés de notre pratique personnelle.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, si la vie n'est pas compromise habituellement par la dermatite herpétiforme, elle est singulièrement ltérée et troublée dans les cas intenses.

Les patients sont véritablement martyrisés par le retour incessant es éruptions et des sensations cruelles qui se produisent. Les profesions et les rapports sociaux sont devenus impossibles. Les douleurs, es brûlures, les démangeaisons, une hyperthermie locale avec hyperhermesthésie qui ne permettent pas à quelques malades de supporter e contact des vêtements ou du drap de lit le plus léger, etc.; les mille nalaises sans nom qui accablent les malheureux malades sont atroces, t, pour plusieurs, font naître des idées de suicide. Et, dans les cas évères et anciens, la désespérante chronicité de la maladie, sa durée ans limites, ses retours offensifs incessants, l'insuffisance patente des ecours de la médecine, viennent s'ajouter pour briser le courage le nieux trempé.

Enfin, bien que rares, certaines complications éventuelles, endoardite, lymphodermites érysipélatoïdes, entérite cholériforme ou ysentérique, crises d'anurie, etc., peuvent rendre la situation partiièrement critique.

Même dans les cas aigus et subaigus, moyens, la situation est ncore des plus douloureuses, et s'il s'agit d'un vieillard affaibli, les ouleurs, l'insomnie, le prurit terrible mettent rapidement l'existence n danger, et rendent atroces les dernières périodes de sa vie.

§ II. Érythèmes multiformes bulleux. — Toxidermies bulleuses (*hydrotoxidermies*). — Nomenclature. — Traitement.

Il faudrait encore beaucoup de développements pour compléter esquisse rapide que nous venons de tracer de l'une des plus imporıntes des *grandes dermatoses*, telle qu'on peut l'entrevoir à présent. e lecteur qui voudra comparer le *point* actuel à celui où la question tait placée avant les travaux des écoles d'Amérique et de France, ourra mesurer l'étendue du progrès réalisé; et le praticien qui se era trouvé, avant et après, aux prises avec ces cas difficiles, reconaîtra combien il est mieux assuré en présence des malades, qu'il ne le ouvait être autrefois.

Très peu de lignes suffiront, à présent, pour fixer les rapports de cette remière espèce d'éruption pemphigoïde avec les *érythèmes bulleux* et vec les *toxidermies bulleuses;* pour traiter de la *nomenclature*, et our donner les principales indications thérapeutiques propres aux iverses hydrodermies.

I

Érythèmes multiformes bulleux, et toxidermies pemphigoïdes.

Nous avons indiqué — note 2, p. 360 — les limites dans lesquelles ous maintenions les érythèmes bulleux multiformes, libérés des

formes à prédominance bulleuse, prolongées, que nous avions d'abord rangées dans une catégorie de pemphigoïdes, pour les séparer du pemphigus avec lequel on les confondait sans raison.

Aujourd'hui encore, la limite exacte entre ces dernières formes et les cas aigus ou légers de la maladie de Duhring reste indécise. Brocq en a témoigné lui-même, en décrivant le groupe auquel il a donné la dénomination de *dermatites polymorphes prurigineuses aiguës*.

On a vu d'autre part plus haut — p. 839 — que le professeur Kaposi réclamait tous ces cas pour les érythèmes, et — p. 842 et 846 — que Unna les considérait comme à ce point ambigus que, si l'éruption débutait par le dos des mains, il portait le diagnostic *érythème*, mais que *si la maladie ne récidivait pas*, il ne portait pas le diagnostic de dermatite herpétiforme, soupçonnant tous les exanthènes *non récidivants*, analogues aux dermatites multiformes, qui sont consignés dans la science, d'appartenir à des intoxications connues (médicaments) ou à des intoxications encore inconnues (micro-organismes).

Cette question est des plus ardues.

Il existe, en effet, quelques sujets, constitutionnellement ou accidentellement prédisposés, *intolérants*, chez lesquels on peut voir se développer une série nombreuse et variée d'éruptions bulleuses — *Ér. bulleuses toxidermiques*, *hydrotoxidermies* — ortiées bulleuses, érythémato-bulleuses, prurigineuses ou non, localisées ou généralisées, naissant sous l'action de certaines substances médicamenteuses ou toxiques — bromures, iodures, salicyliques, phénols de tout ordre, etc., etc.

Distinguer de telles éruptions des formes aiguës, récentes, initiales, de la maladie de Duhring est souvent impossible à titre extemporané, et parfois difficile, même à une observation prolongée, dans les cas où l'éruption, artificielle à l'origine, survit longtemps à l'action de la cause, ce qui n'est pas la règle, mais ce qui peut arriver — Voy. p. 828, *Appendice des Traducteurs*.

Il faut donc savoir — et se rappeler — que *toutes* les éruptions bulleuses idiopathiques peuvent être *simulées* par les hydrotoxidermies, et faire, au début de chacune d'elles, ou aux premiers examens, une enquête approfondie, ou, au moins, établir des *réserves*, si l'on est obligé de porter un jugement temporaire. Cette enquête rétrospective réclame une volonté ferme, qui ne se laisse pas détourner par les difficultés que le malade, ou les assistants, apportent souvent à cette enquête pour des raisons diverses.

II

Nomenclature des pemphigoïdes.

Au milieu des ambiguïtés nombreuses qui persistent sur la nosologie des éruptions bulleuses multiformes, il serait prématuré de donner des dénominations nouvelles à des types encore indécis.

Pour la maladie de Duhring en particulier, il ne faut pas se presser de conclure : une expression *définitionnelle* sera toujours trop longue

our subsister, et un terme uninominal *arbitraire* n'aurait pas, provi-oirement, plus de solidité.

La dénomination d'*hydroa*, en particulier, proposée par Unna au ongrès de Paris, ne peut être d'aucun secours. Comment, en effet, aire oublier les emplois multipliés et tout différents que ce mot a us dans le passé, et ceux qu'il comporte encore aujourd'hui?

Nous avons, nous-mêmes, attaché le mot hydroa comme qualifi-atif à une variété d'érythème multiforme, et en France, un savant lermatologiste, Quinquaud — De l'hydroa, *in Bullet. méd.*, 1889, . 1675 — réclame la même dénomination pour « une maladie vési-ulo-bulleuse à lésion unique, à évolution rapide, toujours bénigne, à écidives rares, ayant son siège ordinaire sur le tégument externe, nais pouvant aussi occuper les muqueuses, et dont voici le type :

« Deux ou trois jours avant l'efflorescence, le malade éprouve du malaise, les frissonnements, du prurit, des cuissons ; tantôt la température ne dé-asse pas 38 degrés, tantôt elle atteint 39°,5, puis apparaît la localisation sur la eau. Elle s'annonce par l'apparition brusque de bulles citrines, hémisphé-iques, turgides, bombées, qui, pendant les quarante-huit premières heures, estent transparentes comme de l'eau de roche ; à ce moment, les maté-iaux solides du liquide sont à 6 ou 8 p. 100 ; la fibrine varie de 0 gr. 60 à gr. 80 p. 100 ; le liquide est alcalin, et sa densité est de 1024. Au bout de e temps, la sérosité qui distend les bulles se trouble, devient louche, actescente, puriforme ; les matériaux solides sont alors à 9 ou 11 p. 100 ; es bulles se flétrissent, présentent des plis, sont comme chiffonnées, puis la lessiccation commence. Quand elle est terminée, on se trouve en présence l'une croûtelle qui persiste cinq à six jours, tombe et laisse à sa place une nacule brune, pigmentée, sans cicatrice, pouvant persister parfois assez ongtemps. Les croûtes sont minces, brunâtres, quelquefois proéminentes, ouvent aussi encadrées par un anneau séro-purulent ; dans ce cas, la ésion est vacciniforme.

En dehors de ces éléments éruptifs, peau saine, à peine tuméfiée ; on ne onstate, autour des bulles, qu'une auréole rosée. Au bout de trente-six ieures environ, des microbes pyogéniques des parois changent le liquide éreux en liquide puriforme ; c'est même là un fait général pour les érup-ions à liquides primitivement transparents.

Nous avons cultivé, dans du liquide péritonéal stérilisé, un organisme qui, noculé sous la peau, a produit une petite boule demi-transparente et éphé-nère.

A certaines phases de la maladie, on trouve dans les urines des bâton-iets se colorant avec la fuschine rubine en solution aqueuse.

Enfin, lorsque l'éruption est intense, la fibrine du sang s'élève à 5 gr. 5 . 1000, l'urée du sang à 0 gr. 030 p. 100. La capacité respiratoire et l'hémo-lobine diminuent légèrement à la période d'état, mais au moment de la ésolution et pendant la convalescence, on les trouve notablement diminuées lans les cas où les bulles ont été nombreuses.

A ces symptômes, il faut ajouter que l'éruption se présente assez souvent ous forme de *groupes bulleux* très remarquables, qui sont constitués par les lésions à toutes les phases de développement (bulles demi-transparentes, roûteuses, excoriées) ; mais le derme sur lequel ces groupes reposent i'offre pas une tuméfaction considérable.

Ajoutons encore que les éléments ont une variété de volume qui est onstante dans le cas où l'éruption est étendue.

Voilà les caractères principaux de l'hydroa cutané qui s'accompagne parfois d'un *prurit* intense, surtout au moment des poussées de bulles; ce prurit s'atténue à la fin de la maladie.

Pour les muqueuses, l'éruption ne revêt pas tout à fait la même apparence. Les bulles, entourées d'un liséré rouge, crèvent rapidement; la croûte n'existe pas ; elle est remplacée par des exulcérations superficielles, recouvertes d'une fine fausse membrane d'aspect blanchâtre et opalin, ressemblant, à s'y méprendre, à des plaques muqueuses syphilitiques. Parfois, la lésion est à cheval sur la muqueuse et sur la peau : la portion cutanée est croûteuse, sèche, et la partie muqueuse est blanchâtre, humide. La durée est ordinairement de quinze jours, mais, d'autres fois, elle se prolonge pendant trois semaines, un mois, six semaines.

A mesure que la guérison s'opère, on voit l'aspect blanchâtre s'atténuer et disparaître, laissant une exulcération rouge et, en dernier lieu, une tache rouge persistant parfois assez longtemps et pouvant encore faire croire à l'existence d'altérations syphilitiques en voie de guérison.

Tel que nous venons de le décrire, l'hydroa marche rapidement. Après une première apparition de quelques vésicules coïncidant avec un léger état fébrile, on voit survenir une véritable explosion de bulles inégales; c'est la *poussée principale* qui s'accentue pendant le premier septénaire ; puis, après plusieurs jours de répit, des *poussées secondaires* se produisent, légères, d'une durée de trois semaines à un mois et constituées par l'efflorescence de bulles peu nombreuses. Ces apparitions des éléments sont fréquemment précédées de malaises, de frissonnements, d'anorexie, coïncidant avec une faible azoturie avec augmentation des matières colorantes de l'urine.

En somme, la maladie, essentiellement bénigne, avec prurit, dure en moyenne un à deux mois au maximum. La récidive existe, mais n'est point fréquente; deux de nos malades en sont guéris depuis huit ans et n'ont jamais rien éprouvé depuis leur guérison.

Dans son ensemble, l'affection évolue en peu de temps, la lésion élémentaire elle-même marche d'une manière aiguë, contrairement à ce qui se passe pour le pemphigus vrai et pour d'autres maladies bulleuses.

Les signes fondamentaux de l'hydroa vrai peuvent se résumer ainsi :

a Développement primitif de vésico-bulles sur diverses régions ;

b Explosion rapide de ces éléments. Dans le cours des deux premiers septénaires, la poussée principale est faite ;

c Évolution rapide et de la *maladie* et de la *lésion :* en deux mois au maximum, tout est terminé; les bulles arrivent à la macule en quinze jours ou trois semaines au plus ;

d L'affection est prurigineuse dans sa phase active,

Les variétés sont au nombre de six : 1° pemphigoïde; 2° impétigineuse; 3° à bulles vésiculeuses; 4° cerclée; 5° régionale; 6° des muqueuses. »

III

Traitement du pemphigus et des dermatites bulleuses multiformes.

Dans le *pemphigus* aussi bien que dans les pemphigoïdes, la *thérapeutique* témoigne trop clairement des incertitudes et des obscurités de cette partie de la nosologie cutanée.

Quelques auteurs considérables, Jonathan Hutchinson, Duncan Bulkley, etc. — Voy. Duncan Bulkley, On the value of frequently repeated

doses of arsenic in the treatm. of. bull. dis. of the skin, etc., *The New-York med. Journ.* 1889 — considèrent l'arsenic, *à haute dose*, comme un agent capable de *guérir* le *pemphigus vrai.* Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que nous n'avons pas été plus heureux que le professeur KAPOSI, et que, dans le traitement du *pemphigus bulleux vrai*, aucun des moyens proposés n'a réussi entre nos mains. Les auteurs qui voudront, dans l'avenir, porter la conviction dans l'esprit de leurs confrères, agiront utilement en publiant des observations précises, détaillées, et indiscutables, à l'appui de leur *diagnostic.*

Dans la médication externe du *pemphigus*, il n'y a à faire que des pansements antiseptiques appropriés, à protéger les surfaces dénudées. Selon les circonstances et les périodes, les poudres inertes, les onctions huileuses, les enveloppements ouatés interviennent, et le pansement général n'est autre que celui des brûlures graves. Malgré tous les soins les plus minutieux, malgré l'emploi du matelas d'eau, les périodes avancées de la maladie sont des plus cruelles. Les bains, quels qu'ils soient, ne conviennent que temporairement, aux périodes moyennes, pour déterger la surface du corps ; la sortie du bain, la mise à l'air des surfaces dénudées, souvent saignantes, est particulièrement douloureuse. Peut-être en serait-il autrement du bain permanent, institué aux périodes où le malade n'est pas encore affaibli à l'excès.

Dans *les pemphigoïdes*, c'est seulement grâce à la longue durée, et à la bénignité relative de la maladie que la thérapeutique est un peu moins nulle. Nous pouvons affirmer, par une expérience aujourd'hui très étendue de cette série de dermatoses, aussi bien dans la pratique civile que dans les services hospitaliers, qu'il n'y a aucun moyen *actif* de calmer le prurit atroce, les douleurs, et les malaises protéiformes que chaque fin de journée, et que chaque nuit ramènent violents — autre que l'intoxication morphinée par la voie sous-cutanée. Mais l'emploi de ce moyen, qui ne soulage que pour quelques heures, devient l'occasion d'abus morphinomaniaques, dont les conséquences peuvent devenir presque aussi graves que celles de la maladie elle-même. La plupart des autres hypnotiques, les bromures, le chloral, etc., n'ont que des indications temporaires ; souvent ils exaspèrent les lésions cutanées et le prurit ; ou, si les doses en sont élevées et longtemps employées, ils amènent une prostration et une anorexie qui ne permettent pas d'en continuer l'usage.

Quant aux médicaments dirigés contre la maladie elle-même, ils se réduisent à l'emploi surveillé, dirigé, approprié à chaque cas particulier, des valérianiques, du sulfate de quinine, de la belladone, de l'ergotine, associés à l'arsenic dont l'action dans la maladie de DUHRING n'est pas absolument nulle. C'est par l'emploi de la liqueur de FOWLER en injections hypodermiques, à la dose de une à huit gouttes par vingt-quatre heures, combiné avec l'usage *intermittent* de l'opium ou de la belladone, que nous croyons avoir concouru à réaliser quelques guérisons, ou au moins, quelques atténuations.

Les iodures, sous toutes les formes, ont toujours été nuisibles, à ce

point que leur emploi nous a souvent servi de pierre de touche pour différencier extemporanément des affections bulleuses d'un autre ordre.

Jamais nos malades n'ont bénéficié d'une médication débilitante; il faut toujours soutenir et tonifier.

La *constipation* et l'*oligurie*, l'oligurie surtout, sont des facteurs de gravité certains; les purgatifs, les diurétiques, lait et lactose au premier rang, constituent des agents de sédation énergiques, à la condition de soutenir, d'autre part, les malades par une alimentation très réparatrice.

Localement, lotions antiseptiques quotidiennes à l'eau boriquée, ou additionnée d'une faible quantité de solution alcoolique de salol; usage des poudres inertes; évacuation des bulles enchâssées ou très tendues; enveloppements moites imperméables, onctions huileuses, onguent simple, enveloppement ouaté, alternativement ou successivement selon les cas, les régions, les périodes, etc.

Les bains, seulement à titre éventuel, sur indication précise, et avec la surveillance directe du médecin, qui pourra seulement ainsi juger de la valeur du moyen dans chaque circonstance particulière. La sortie du bain est très douloureuse dans les cas intenses par la dénudation de la peau. Le bain permanent serait à mettre en essai, mais, avec l'installation, la surveillance, et les précautions bien difficiles à réaliser dans l'ordinaire de la vie; chez une de nos malades de la ville, une endocardite aiguë, survenue après un bain prolongé, nous a obligé à interrompre l'essai. Quant aux bains médicamenteux, salins, sulfureux, leur action est promptement, et activement nuisible.

Localement, contre le prurit, nous employons surtout les lotions avec la décoction de feuilles de coca — 4 grammes par litre d'eau — ou les enveloppements de tarlatane ou de *lint*, imprégnés de la même solution; nous avons renoncé aux solutions de cocaïne en raison de la difficulté d'en abandonner le dosage aux malades, et de la toxicité relative de son emploi, toutes les fois où les surfaces malades sont très étendues.

Toutes les fois où des poussées congestives intenses, des crises érysipélatoïdes se produisent, l'enveloppement des parties malades dans des compresses de *lint* imbibées de solution de salicylate de soude 2 p. 100 additionnée de bicarbonate de soude 1 p. 100, telles que Hallopeau les a employées dans l'érysipèle, constituent un pansement excellent et très efficace.

Le séjour hors des villes, dans un endroit salubre, sec, aéré, loin de la mer ou des lacs, est très avantageux; l'air confiné, l'*humidité*, l'air marin sont ordinairement contraires.

Le calme de la vie, la tranquillité d'esprit, les distractions ont une grande importance, mais sont souvent irréalisables chez des malades qui souffrent précisément par le manque préalable de toutes les conditions des heureux de ce monde.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

TABLE ANALYTIQUE DES LEÇONS

CONTENUES DANS LE TOME PREMIER

(*Voir, à la fin du Tome second, les tables alphabétiques générales des noms d'auteurs, des matières contenues dans les leçons, des notes et des additions des Traducteurs.*)

DIXIÈME LEÇON

ONZIÈME LEÇON

DOUZIÈME LEÇON

TREIZIÈME LEÇON

QUATORZIÈME LEÇON

QUINZIÈME LEÇON

SEIZIÈME LEÇON

DIX-SEPTIÈME LEÇON

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES LEÇONS CONTENUES DANS LE TOME PREMIER

Paris. — Typographie Gaston Née, rue Cassette, .

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

TOME II

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

LEÇONS

A L'USAGE

DES MÉDECINS PRATICIENS ET DES ÉTUDIANTS

PAR LE

PROFESSEUR MORIZ KAPOSI

TRADUCTION

AVEC

NOTES ET ADDITIONS

PAR MM.

ERNEST BESNIER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

ADRIEN DOYON
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN INSPECTEUR DES EAUX D'URIAGE

Seconde édition française

AVEC FIGURES NOIRES ET EN COULEURS

TOME SECOND

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1891

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

CINQUIÈME CLASSE

HÉMORRHAGIES CUTANÉES

AFFECTIONS DE LA PEAU OCCASIONNÉES PAR DES HÉMORRHAGIES

TRENTIÈME LEÇON (1)

Signification et conditions anatomiques. Formes cliniques des hémorrhagies cutanées, leur mode d'évolution, formes idiopathiques et symptomatiques. Contusions, blessures. Purpura sénile. P. variolique, rhumatismal, simple, hémorrhagique. Scorbut. Hémophilie. Hématidrose.

Je vous ai parlé, à plusieurs reprises, dans le cours de ces leçons, des hémorrhagies cutanées, à propos de la variole, du zona, de l'érythème noueux. Dans ces affections, ainsi que dans certains autres

---

(1) Malgré le très grand intérêt dermatologique de la question des *hématodermies*, nous n'avons ajouté aucune note ni aucun commentaire à l'exposé très lucide et très succinct du professeur Kaposi; c'est surtout à la pathologie générale et à la physiologie, voire même à la chimie médicale, et à l'anatomie pathologique générale, que reviennent les importantes et difficiles discussions que réclament presque tous les points du sujet.

Nous ajouterons que les auteurs français ont certainement apporté dans la matière une contribution considérable; chacun pourra aisément voir les progrès réalisés en prenant connaissance du très remarquable article Purpura du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* récemment publié, et dans lequel l'auteur, Albert Mathieu,

processus, les épanchements sanguins dans la peau représentent des complications plus ou moins importantes; dans d'autres, elles forment le phénomène morbide le plus essentiel ou le seul qui existe.

Comme le nom l'indique, il s'agit dans l'hémorrhagie cutanée de l'issue libre du sang par les capillaires et les vaisseaux les plus ténus de la peau. Souvent on peut admettre ou constater une déchirure (rhexis) de la paroi vasculaire, qui ouvre la voie à l'écoulement sanguin (extravasation). Dans d'autres cas cependant, le passage des corpuscules rouges paraît avoir lieu par la paroi intacte des vaisseaux, dont Stricker a démontré, il y a quelques années, la perméabilité pour des corpuscules isolés et, dans ces derniers temps, pour des amas entiers de cellules (diapédèse). Ou bien c'est seulement du sérum coloré comme du sang qui peut se répandre dans le tissu, ce qui sup-

---

a fait preuve d'une connaissance approfondie, et dès longtemps mûrie, de tous les éléments de la question; nous y renvoyons le lecteur qui voudra prendre une connaissance précise du sujet dans son entier.

Voici, en outre, quelques indications des travaux francais à consulter :

1858. F. Duriau et M. Legrand, De la péliose rhumatismale ou érythème noueux rhumatismal. — 1875. E. Laget, Etude sur le P. simplex à forme exanthématique, *Thèse de Paris.* — 1876. Hayem, Obs. d'un cas de P. hém., *Soc. de Biologie.* — 1877. A. Fournier, Du P. iodique (iodisme pétéchial), *Revue mens. de méd. et de chir.* — Sept. 1882. Barthélemy, note p. serv. à l'hist. des purpuras, *Arch. gén. de méd.*, Déc.; L. Faisans, Des hémorrh. cut. liées à des affections du syst. nerv. et en particulier du purpura myélopathique, *Thèse de Paris;* Du Castel, Des diverses espèces de purpura, *Thèse d'agrégation.* — 1883. Albert Mathieu, Purpuras hémorrhagiques, Essai de nosographie générale, *Thèse de Paris*, et P. cachectique, *Arch. gén. de méd.*, T. II, p. 273. E. Gomot, Du P. idiop. aigu ou typhus angéïo-hématique, *Thèse de Paris.* — 1884. Henri Leloir, Contribution à l'étude des purpuras, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. V, p. 1; A. Morel-Lavallée, Purpura chloroformique, *eod. loc.*, p. 78. Paul Berne, Étude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique, *Thèse de doctorat.* H. Hartmann, Syphilis et purpura, *France médicale*, p. 999; H. Barth, un cas de myélopathie aiguë à marche ascend., etc., avec poussées répétées de purpura sur les membres, au début, *eod. loc.*, p. 561. — 1886. H. Hartmann et A. Pignot, Hémorrhagie et Syphilis, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VII, p. 1. — 1887. H. Martin de Gimard, Observ. s. deux cas de P. hém. suivis de gangrène, *France méd.*, p. 1582 et suiv.; L. Schwartz, Contrib. à l'étude des dermop. blennorrh., obs. de P. blenn., *Alger médical;* Humbert Mollière, Étude clin. s. le purpura, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VIII, p. 232. — 1888. F.-B. Duplaix, Étude sur le Purpura, *Gazette des hôpitaux*, p. 1302; H. Hartmann, De l'infl. d. variations de la pression à laq. sont soumis les vaisseaux s. la product. du P.; Immobilisation des membres et Purpura, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IX, p. 702; Alb. Mathieu, Purpura, *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, p. 860.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

pose une décomposition chimique de ce liquide à l'intérieur des vaisseaux, la séparation de l'hémoglobine des corpuscules rouges du sang.

Cette lésion peut être la conséquence d'une action mécanique extérieure (coup, contusion, piqûre), ou bien tenir à ce que la paroi vasculaire n'offre pas une résistance suffisante à la pression interne du sang. Il n'en est pas ainsi quand la pression du sang s'élève d'une manière générale, comme dans la chaleur fébrile et dans certaines lésions organiques du cœur, mais lorsque dans des régions limitées de la peau la pression sur les parois vasculaires augmente par suite d'un obstacle au retour du sang, par exemple dans de violents accès de toux, dans la zone des capillaires du cuir chevelu, pendant la crise d'épilepsie, aux membres inférieurs dans les cas où il existe des varices. La même cause existe dans l'élévation relative de la pression du sang par diminution de la force de résistance des parois capillaires. C'est ce qui se produit, par exemple, quand la paroi des vaisseaux des papilles perd son support épithélial comme dans la formation des bulles; ou lorsque la paroi vasculaire a souffert dans sa nutrition, comme çela a lieu localement dans les foyers inflammatoires ou par dépression nutritive générale. Il faut encore ranger dans cette catégorie les hémorrhagies par suite de la diminution de la pression atmosphérique dans les ascensions sur les hautes montagnes, hémorrhagies qui sont encore favorisées par la pression élevée du sang, sous l'influence de l'augmentation de l'action du cœur (hémorrhagie par la muqueuse nasale, les poumons, les conjonctives, les extrémités des doigts); et les hémorrhagies dans les ascensions en ballon dans des régions où l'air est raréfié; celles qui se produisent par diminution de la pression locale à l'aide des ventouses, etc.

L'hémorrhagie se produit soit entre les couches de l'épiderme, soit dans les mailles du tissu conjonctif des papilles et du derme, plus rarement dans les cavités glandulaires et dans le tissu conjonctif souscutané. Dans ces cas, les éléments de tissu sont ou seulement éloignés les uns des autres, ou, si l'extravasation est abondante, en partie déchirés. Le plus souvent, les hémorrhagies cutanées se montrent sous forme de taches et de traînées d'étendue et de dispositions différentes, isolées et assez nettement limitées.

1. Les pétéchies, taches dentelées, punctiformes, atteignant parfois la dimension de l'ongle, dont la coloration varie du rouge vif jusqu'au rouge livide, ne dépassant pas le niveau de la peau, ou peu saillantes, et ne disparaissant pas à la pression.

2. Les vibices, en forme de traînées.

3. Les ecchymoses, dont les dimensions peuvent varier de celle d'une

pièce de 5 francs en argent à la paume de la main, elles ne pâlissent pas à la pression. Ce n'est que rarement que ces hémorrhagies forment de petites papules correspondant aux orifices des follicules — *lichen hémorrhagique*, — ou des tumeurs dures ou fluctuantes, *ecchymome;* enfin, des collections sanguines sous-épidermiques sous forme de *bulles hémorrhagiques*. Mais le cas le plus rare, c'est l'extravasation du sang, l'épiderme étant intact, par les glandes de la sueur ou les follicules pileux (*hématidrose*).

Les taches hémorrhagiques persistent dans leur forme et dans leur dimension originaires, jusqu'à ce que le sang extravasé ait passé par ses transformations physiologiques et soit résorbé. Par conséquent, on peut donc aussi les observer sur le cadavre. Il ne se produit de changements, dans ces taches, que s'il survient dans les parties voisines une nouvelle hémorrhagie, et elles disparaissent avec des modifications déterminées de coloration, sans desquamation de leur surface, dans un laps de temps variable, selon la quantité de sang extravasé. Dans ces cas, la teinte rouge vif du début passe rapidement au rouge bleu, plus tard au vert jaunâtre et au brun, cette dernière coloration est celle qui persiste le plus longtemps.

Ces phénomènes de résorption sont en connexion avec les modifications qu'éprouve le sang, notamment l'hématine, extravasé hors des vaisseaux dans les tissus environnants. L'hématine se sépare des corpuscules rouges du sang extravasé et vient colorer, dans les liquides environnants, les caillots fibrineux et les éléments de tissu. Après la dissolution et la résorption de ces caillots, l'hématine reste sous forme de grains (G. Simon) punctiformes, disséminés ou agglomérés, dont la couleur varie du jaune orange au brun roux, tandis que les hématies extravasées disparaissent par désagrégation et absorption. Dans d'autres circonstances, les corpuscules rouges du sang conservent leur hématine et se réduisent en ces petits amas granuleux; ou bien enfin l'hématoïdine se sépare sous forme de colonnes et de fragments rhomboïdaux, variant d'un beau rouge jaune au rouge rubis (Virchow). Si l'hémorrhagie est peu abondante et superficielle, ces colorations peuvent disparaître sans laisser de trace; après une hémorrhagie plus profonde, plus étendue, ayant son siège dans le chorion, il reste quelquefois pendant longtemps une pigmentation brune. Si le sang extravasé s'est accumulé dans une plus grande cavité résultant d'un décollement, le sérum du sang se sépare alors immédiatement du caillot fibrineux; celui-ci se condense peu à peu par le départ du sérum et le dépôt, à la périphérie, des corpuscules du sang emprisonnés, puis disparait par simple dissolution (Langhans). Enfin, les épanchements très étendus s'enkystent.

D'après leur cause occasionnelle, les hémorrhagies de la peau sont iopathiques ou symptomatiques; on admet généralement, en outre, distinction entre les hémorrhagies dues à une influence traumaque, et celles survenues spontanément, car on range ordinairement s dernières dans le purpura; cependant, cette distinction n'est pas ujours rigoureusement observée.

Les hémorrhagies idiopathiques doivent leur origine à l'action de aumatismes sur la peau, qui déchirent mécaniquement ses tissus et s vaisseaux, ou bien elles sont occasionnées par des obstacles à la rculation ayant leur siège localement, et dans la peau même. A la emière espèce appartient la contusion qui est provoquée, avec le vive sensation de douleur, par la forte pression d'une portion de peau contre un corps dur, coup, pincement. A la multiplicité des uses nocives correspond la grande variabilité du nombre de ces sions, de leur situation et de leur intensité; c'est dans les points où derme est le moins à l'abri des violences extérieures, sur les saillies sseuses, qu'on trouve le plus souvent les contusions. Après la comession du corps papillaire, il se forme, dans les couches épidermies, une bulle hémorrhagique, qui bientôt se rompt ou se dessèche ec son contenu liquide en une masse brun roussâtre, granuleuse, ii s'exfolie ensuite dans l'espace de une à trois semaines. Dans les ntusions plus fortes, la peau s'élève sous forme d'une tumeur doureuse, rouge vif, dure, qui s'affaisse au bout de un à deux jours et sparaît ensuite en passant par les changements de coloration que us avons indiqués. Le sang est, dans ce cas, extravasé d'une manière ffuse, infiltré. Si la contusion est plus intense encore, le sang s'accuule dans une plus grande cavité produite par décollement, tumeur nguine, *ecchymome:* mais la résorption graduelle de l'épanchement ut aussi se faire comme je l'ai indiqué précédemment. D'autres fois, se développe une inflammation douloureuse, aiguë, du tissu environnt, et un abcès dont l'ouverture amène l'expulsion du contenu morrhagique, ainsi que des débris de tissu séparés mécaniquement nécrosés. Plus rarement, sous l'influence de la rémission de la doulur du début, de la marche plus lente, il se forme une tumeur qui, us la pression du doigt, est crépitante vers le bord et fluctuante au mmet; une paroi dure est perçue tout autour du foyer hémorrhaque, dont la résorption est d'autant plus difficile qu'il se développe le paroi circonférentielle, fibreuse, kystiforme, sécrétant ensuite elleème un liquide. Les kystes hémorrhagiques de cette nature persisnt souvent longtemps.

Il est absolument impossible de distinguer à leur aspect les contuons d'avec certaines hémorrhagies spontanées. Leur diagnostic,

souvent nécessaire sous le rapport légal (Scheby-Buch), doit s'appuyer sur la concordance des taches hémorrhagiques avec les causes nocives supposées, les instruments qui les ont occasionnées, et l'époque probable à laquelle elles ont été faites. Leur situation sur des régions du corps, en général saillantes, le souvenir exact d'une douleur au moment de leur invasion, contribuent à établir le diagnostic. Les hémorrhagies spontanées du purpura se distinguent au contraire par leur apparition simultanée sur des points qui ne sont que difficilement accessibles aux traumatismes (plis articulaires), et par la présence de très petites taches pétéchiales, à côté de celles qui sont semblables aux ecchymoses.

L'érythème noueux ou contusiforme, qui doit cette dernière dénomination à sa ressemblance avec les nodosités produites par les contusions, se distingue de ces dernières par sa localisation principale aux jambes, et par l'hyperhémie qui existe au niveau des nodosités récentes.

Le pronostic des contusions est, en général, favorable et se règle, sous le rapport de la marche et de la durée, d'après l'intensité et l'étendue de chaque contusion; à moins qu'elles ne soient compliquées d'inflammation, elles n'exigent aucun traitement. L'usage populaire de comprimer immédiatement les tumeurs récentes, dues à des contusions, au moyen des doigts ou à l'aide d'une pièce de monnaie est tout à fait rationnel, parce que cette compression favorise la diffusion de l'hémorrhagie sur une plus grande surface, et par suite facilite sa résorption.

A la suite de blessures par instruments piquants fins, tels que l'aiguillon des insectes, les épingles, il se produit des hémorrhagies cutanées, car le sang ne peut pas s'écouler au dehors par le canal étroit ou rapidement obstrué de la piqûre. Dans les piqûres d'insectes ou de sangsues, la succion concourt encore à augmenter cet état.

La petite lésion bien connue que produisent les piqûres de puce, *purpura pulicosa*, se rencontre à chaque instant; les taches sont punctiformes, atteignant même la dimension d'une tête d'épingle, et, immédiatement après leur apparition, elles sont entourées d'une aréole hyperhémique qui a le double de la surface de la piqûre elle-même. Au bout de peu de temps, la tache pâlit et disparaît et on ne voit plus que le point hémorrhagique central. Après un séjour dans un endroit où ces insectes sont en grand nombre, la peau peut être couverte de piqûres et simuler un purpura simple. La régularité des points, leur confluence sur les régions où les plis du linge s'appliquent étroitement sur le corps, et la persistance possible de quelques aréoles facilitent le diagnostic. Ce fait que des pétéchies analogues surviennent

dans la peste orientale a valu dans ces derniers temps aux piqûres de puce une certaine célébrité sous le rapport du diagnostic différentiel.

Sous l'influence d'un trouble de la circulation locale, qui augmente d'une manière anormale la pression du sang dans une sphère déterminée des vaisseaux capillaires, il se produit souvent des hémorrhagies, d'autant plus facilement que le tissu protecteur des vaisseaux capillaires est plus lâche, et que l'épiderme est aminci ou détruit, et d'autant plus fréquemment que la cause du trouble circulatoire persiste plus longtemps.

A cette catégorie appartiennent les hémorrhagies locales, dans les processus inflammatoires et exsudatifs aigus consécutifs à la stase capillaire dans l'herpès, l'eczéma, ou provenant de plaies en voie de granulation, et les hémorrhagies qui se reproduisent souvent par congestion excessive aux jambes variqueuses sous l'action de marches prolongées et par l'obligation de se tenir debout. On voit encore survenir les hémorrhagies de la peau après des maladies graves, après la parturition, etc., alors que le tissu de protection a perdu sa résistance normale. Des conditions analogues créent cette forme de purpura, que Willan a dénommé sénile.

Aussi longtemps que l'épiderme n'est pas lésé, et que le chorion reste assez élastique, les ecchymoses fréquentes n'ont pas d'autre conséquence qu'une pigmentation sous forme de taches brunes; cependant après plusieurs années, si la peau des jambes, par suite d'une inflammation concomitante, d'ulcérations et de cicatrices, a en grande partie perdu son élasticité et sa mobilité, les hémorrhagies entraînent facilement le décollement et la nécrose du tissu atteint, et favorisent la production d'ulcères dont la guérison est difficile.

C'est au changement brusque des conditions de la circulation qu'il faut aussi rapporter ces éruptions de purpura que j'ai vues survenir chez les nouveau-nés peu de temps après la naissance, sous forme de nombreuses pétéchies semblables à des piqûres de puce. Sur des coupes microscopiques de la peau ainsi atteinte, on trouva les hémorrhagies dans la couche supérieure du derme, en même temps que les vaisseaux profonds étaient remplis d'hématies (*P. des nouveau-nés*).

Toutes les formes d'hémorrhagies que je viens de décrire ne réclament en général aucune médication spéciale, car elles passent physiologiquement par les diverses phases de leur résorption. Contre l'inflammation et la douleur, les moyens les plus efficaces sont les applications de compresses imbibées d'eau froide, et, dans les hémorrhagies des parties déclives, la position horizontale et la compression temporaire ou habituelle, exercée à l'aide des moyens appropriés.

Les hémorrhagies symptomatiques doivent être rattachées à l'état morbide de l'organisme tout entier, de la masse du sang et des humeurs, de l'innervation vasculaire ou à l'état pathologique d'un organe interne. Tel est le purpura variolique qui a une terminaison mortelle, et dont le point de départ se trouve, en partie, dans la composition chimique du sang produite par l'intoxication spécifique, en partie dans l'altération propre du centre névro-vasculaire; j'ai décrit ses phénomènes dans les leçons sur la variole (v. tome I[er], pages 286 et suiv.).

Les pétéchies et les taches livides de la peau, qui surviennent dans la peste orientale, à la suite de l'inoculation du venin de serpent, ou encore dans la septicémie aiguë, ont la même signification.

Très récemment, j'ai observé du purpura des membres et d'autres régions, des paupières (outre du ptosis), du tronc, comme précurseurs d'une méningite cérébro-spinale.

Ici doivent prendre place les hémorrhagies localisées le plus souvent aux jambes chez les personnes atteintes de tuberculose, de cancer, d'affections intestinales (Henoch) (*purpura cachectique et nerveux*). Dans celles-ci, Kogerer a constaté anatomiquement la thrombose de quelques vaisseaux et l'a indiquée comme cause probable de l'hémorrhagie locale par déchirure. Notons aussi le purpura survenant après l'usage de l'iode (iodisme pétéchial, Fournier, Auspitz), après l'aspiration des vapeurs benzoïnées (T. Fox), et dans l'ergotisme (Lailler).

D'autres variétés de purpura ont un type plus autonome et un ensemble particulier de symptômes; ce sont le purpura rhumatismal, la péliose rhumatismale (Schœnlein), le rheumatokelis (Fuchs) déjà indiqués (tome I[er], page 394), qui ont une analogie particulière avec l'érythème multiforme. Avec des symptômes fébriles ordinairement légers, ou simplement de la lassitude, de l'inappétence, de l'insomnie, une dépression physique et morale (Lewin), il se manifeste des tiraillements douloureux dans les articulations des genoux et des pieds, avec ou sans tuméfaction et exsudation appréciables. Au bout de peu de jours, surviennent des taches planes, punctiformes, de la dimension d'une lentille, quelques-unes plus grosses, rouge vif devenant rapidement livide, et ne disparaissant pas sous la pression du doigt (hémorrhagies); elles se montrent aux jambes, en moins grand nombre aux cuisses, sur la région fessière, à l'abdomen, quelquefois aussi sur les avant-bras. Dans les cas légers, les douleurs articulaires diminuent avec l'apparition des hémorrhagies, et celles-ci disparaissent dans l'espace de dix à quinze jours. Le plus habituellement, ces hémorrhagies se produisent encore sous forme de deux à trois poussées, dans

l'espace de trois à six semaines, avec des exacerbations simultanées des affections articulaires et de la fièvre, et la maladie se termine ainsi. Mais, dans certains cas, celle-ci peut se prolonger par la répétition des éruptions pendant trois à six mois et durer même plusieurs années. J'ai observé, comme complications spéciales, des hémorrhagies rénales revenant périodiquement pendant la durée de la maladie : chez un malade, elles ont précédé de six mois les hémorrhagies cutanées, et chez une femme à laquelle je donnais des soins, une albuminurie alternante a accompagné le purpura vrai pendant plusieurs années. Chez une fille, la terminaison fatale a été la conséquence de la désagrégation hémorrhagique, de la gangrène du voile du palais et de la muqueuse laryngienne. Henoch, Bohn, Lewin, Schwarz, etc., ont signalé des complications graves dues à des affections hémorrhagiques et autres des organes internes comme ceci a déjà été dit (tome I[er], pag. 394).

Abstraction faite de ces cas et d'autres d'une durée excessivement longue, le pronostic du purpura rhumatismal est favorable. Cependant, il n'est pas possible de se prononcer, dans tous les cas, sur la durée du processus. Le diagnostic est facile si l'on tient compte des hémorrhagies et de leur localisation spéciale en connexion avec les douleurs rhumatoïdes.

Quant à la cause de la péliose rhumatismale, nous ne savons rien de plus que pour l'érythème multiforme. Comme ce dernier, la péliose rhumatismale s'observe surtout chez les sujets jeunes et du sexe féminin, elle présente des retours typiques, et survient fréquemment au printemps et à l'automne. Mais on ignore complètement quel état du centre névrovasculaire altère l'innervation des vaisseaux périphériques (angionévrose), au point de rendre leurs parois perméables pour le sang d'une manière si soudaine et pourtant passagère.

Pour le traitement, il faut se borner à des applications calmantes locales (froid, pommades opiacées et emplâtres), à la position horizontale et au repos des membres, quoique le séjour au lit n'empêche pas les nouvelles hémorrhagies. Au cas de leur retour persistant, il importe de prescrire les remèdes internes suivants :

Élixir acide de Haller	1 gr. 50
Sirop	40 » »

ou bien :

Perchlorure de fer.	0 gr. 50
Eau de cinnamome.	150 » »

ou encore de l'extrait de seigle ergoté à la dose de 0,1 décigr. en pilules; l'ergotine (0,05 cent.), à dose réfractée; on peut l'employer aussi en injections hypodermiques :

Ergotine.	1 gramme.
Eau distillée.	10 —

(C'est une solution claire, rouge rubis.) Une demi-seringue tous les deux jours.

On décrit sous le nom de purpura simple une maladie dans laquelle on voit survenir, d'une manière tout à fait irrégulière et sur les parties du corps les plus différentes, plus tard principalement aux membres inférieurs et aux mains, des hémorrhagies en forme de taches ou de traînées, ou encore d'élevures analogues à des plaques d'urticaire avec une coloration hémorrhagique — *purpura urticans*, de Willan. Ces phénomènes se produisent soit accompagnés de symptômes fébriles modérés et d'un abattement général, soit sans aucun trouble appréciable de la santé. Le purpura simple n'a pas de période déterminée, il est habituellement de peu de durée, dix à quinze jours.

Le purpura papuleux (Hebra), lichen lividus (Willan), se traduit par des papules hémorrhagiques saillantes, correspondant à des follicules isolés, et dont chacune est traversée par un poil. Son siège le plus fréquent est aux jambes chez les individus cachectiques, scrofuleux, chez lesquels toutes les inflammations des parties inférieures du corps, l'eczéma, le psoriasis, la variole, deviennent facilement hémorragiques.

Le purpura hémorrhagique, *maladie maculeuse de Werlhof, Bluflec-kenkrankheit, scorbut de terre*, est considéré comme un processus hémorrhagique qui tient le milieu, d'après son intensité, entre le purpura simple et le scorbut. Il commence le plus souvent par des phénomènes généraux de dépression et de fièvre. Sur la peau, ordinairement à l'exception de la face, on voit apparaître des taches hémorrhagiques de la dimension d'une lentille jusqu'à celle de la paume de la main, elles se manifestent aussi à la suite des irritations légères qui atteignent le tégument. Un point caractéristique, c'est l'apparition simultanée d'hémorrhagies spontanées par les muqueuses nasale, buccale et laryngienne, d'ecchymoses punctiformes sur ces mêmes régions, d'hémorrhagies intestinales et rénales, d'hémoptysies; en même temps, il peut survenir aussi une fièvre intense (purpura fébrile? Willan), des défaillances, du collapsus et une terminaison fatale rapide. La plupart des cas ont une marche favorable, mais extrêmement lente, de trois à six mois. Bien que, dans quelques circonstances, on puisse admettre qu'une alimentation défectueuse soit la cause du purpura hémorrha-

gique, ceci n'est cependant pas exact en général, car le processus survient souvent chez des sujets antérieurement bien portants et robustes. Il se manifeste le plus ordinairement d'une manière sporadique, rarement il prend un caractère endémique.

On dit le purpura scorbutique, quand il se produit, en même temps que l'éruption cutanée, une désagrégation, un soulèvement hémorrhagique et un enduit gris sale des gencives, avec odeur fétide de la bouche et quand les hémorrhagies cutanées deviennent non seulement plus considérables que dans le purpura hémorrhagique et dans le purpura simple, mais atteignent aussi le tissu conjonctif sous-cutané, les muscles et les fascias. Il se fait là en divers points des épanchements, semblables à des ecchymoses, douloureux, durs ou fluctuants qui peuvent être suivis de gangrène, de dénudation des os, d'ulcères à base sanguinolente. Les complications du côté des organes internes sont encore plus importantes. On rencontre, toutefois, des cas légers offrant les phénomènes caractéristiques du scorbut (ramollissement des gencives), en même temps que des cas graves de purpura hémorrhagique. Le scorbut ne survient habituellement que comme conséquence d'une alimentation mauvaise ou insuffisante, de manque de viande, de sel, d'air pur, d'exercice (1), chez les marins et les prisonniers, etc. Suivant Uskow, l'inflammation des vaisseaux profonds de la muqueuse doit former un obstacle à la circulation locale dans les gencives et produire l'hémorrhagie.

Tandis que Kretschy, en trouvant chez des scorbutiques, déjà avant l'apparition des hémorrhagies, la matière colorante dans l'urine, croit pouvoir admettre que le processus commence par la décomposition des globules rouges du sang, et par suite regarde cette décomposition comme la cause du scorbut.

Dans toutes les formes morbides que j'ai citées en dernier lieu, le pronostic est d'autant plus favorable que les hémorrhagies se sont produites moins rapidement et moins souvent, qu'elles ont un siège plus superficiel, que la nutrition générale a moins souffert et qu'il y a moins de fièvre; les conditions contraires sont toujours de mauvais augure.

Le traitement ne peut en aucun cas avoir pour but de modifier ces hémorrhagies déjà formées, car elles se résorbent spontanément. Outre les hémostatiques dont il a été déjà question, il faut conseiller, comme les plus importants auxiliaires, une nourriture reconstituante, le séjour dans un air pur et riche en oxygène.

L'hémophilie (*Bluterkrankheit*) est caractérisée par la facilité avec

(1)... et de végétaux frais. E. B. — A. D.

laquelle, sous l'influence d'une cause mécanique légère, blessure ou coups insignifiants, il se produit des ecchymoses considérables et des hémorrhagies très difficiles à arrêter. Cette disposition s'observe chez certaines personnes et dans quelques familles d'une manière héréditaire, principalement chez des enfants et de jeunes sujets.

Il a déjà été question (tome I[er], page 182) de l'hématidrose qui ne signifie pas une « sueur de sang » proprement dite, mais l'écoulement accidentel, spontané ou bien le suintement du sang artériel par les glandes de la sueur.

Les parties atteintes sont le plus souvent les paupières, les joues, la surface dorsale des mains, le côté interne des cuisses. Messedaglia et Lombroso, qui ont observé ce phénomène sur un malade atteint de différentes névroses (1), et qui, par conséquent, admettaient la paralysie des vaisseaux comme cause de l'hémorrhagie spontanée (hématidrose paralytique), ont employé avec succès la belladone à l'intérieur.

---

(1) Voyez, tome I[er], la note 1 de la page 182, où nous avons rappelé que les questions relatives à l'hématidrose avaient été, en premier lieu, éclairées par les auteurs français, Gendrin et Parrot, en particulier.

E. B. — A. D.

SIXIÈME CLASSE

HYPERTROPHIES

MALADIES DE LA PEAU CONSISTANT EN UNE AUGMENTATION DE MASSE DES PARTIES ATTEINTES

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

Généralités sur l'hypertrophie. — Différences anatomiques et cliniques selon qu'elle porte sur le pigment, l'épiderme, les papilles ou la peau dans son ensemble. Hypertrophie pigmentaire, son siège anatomique. Nævus, lentigo, éphélides, chloasma, maladie d'Addison, mélasma. — Appendice : ictère, argyrie, tatouage.

La classe des hypertrophies réunit des affections de la peau constituées par une augmentation extra-physiologique de sa masse, étendue ou limitée, augmentation qui implique un développement exagéré des éléments normaux du tissu, par suite d'une nutrition locale trop active, — *hyperplasie.* L'excès de masse tient en partie à l'amplification des éléments du tissu (hypertrophie vraie ou élémentaire), en partie aussi à leur multiplication (hypertrophie numérique ou quantitative). Dans ce dernier cas, il y a également néoplasie, c'est-à-dire qu'aux éléments physiologiques s'ajoutent des éléments analogues de nouvelle formation, — *homœoplasie.* Toutefois, si, jusqu'à un certain degré de développement, l'appareil tégumentaire et ses éléments conservent leur constitution, leurs fonctions physiologiques, et leur texture, il n'en est plus ainsi à un degré plus avancé.

L'hypertrophie du tégument externe peut porter exclusivement ou d'une façon prédominante sur un seul de ses éléments, pigment, épiderme, papilles, glandes, ou comprendre plusieurs de ses parties constituantes et même toutes à la fois. Chacune de ces formes a une expression clinique différente. Nous nous occuperons aujourd'hui de l'hypertrophie du pigment, de l'épiderme et du corps papillaire.

HYPERTHROPHIE PIGMENTAIRE.

Elle consiste en une coloration plus intense du tégument, se présentant sous forme de taches de l'étendue d'un point, d'une lentille, de la paume de la main, et plus encore, nettement limitées, brunes ou grisâtres, ou bien sous forme d'une teinte diffuse, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Il faut compter ici avec les différences normales de coloration suivant les races, les individus, ou selon les diverses régions du corps. La coloration spéciale de la peau est due au pigment déposé sous forme de petits grains jaune brunâtre dans l'intérieur et au pourtour des cellules des couches inférieures du réseau muqueux. Examinées isolément, les granulations pigmentaires ne sont pas noires; on les trouve, peu nombreuses dans la race blanche, caucasique, plus abondantes chez les bruns, plus rares chez les blonds, mais, d'ordinaire plus serrées sur certaines régions du corps, l'aréole, les parties génitales, qui ont ainsi une coloration plus foncée. Chez les nègres et dans les races de couleur, en général, le pigment du réseau muqueux est seulement semé plus épais (les nègres ont ordinairement la peau blanche en naissant ; ce n'est qu'à partir de la sixième semaine que la pigmentation de la peau apparaît et prend un rapide développement). Comme la pigmentation physiologique, la pigmentation pathologique ne tient qu'à une multiplication et à un dépôt plus épais des granulations pigmentaires dans les cellules de la couche muqueuse. Toutefois, en dehors des portions de peau, originairement ou pathologiquement pigmentées, on trouve également, dans le chorion, du pigment disséminé. Ce pigment ne contribue cependant que très peu au coloris foncé de la peau, bien qu'il soit intimement lié au processus de pigmentation.

Le pigment cutané provient, en dernier lieu, du sang, des vaisseaux papillaires, et de la couche supérieure du chorion, car, comme dans tous les processus inflammatoires, hémorrhagies, etc., les corpuscules rouges du sang, après leur décomposition (qu'elle ait lieu à l'intérieur des vaisseaux ou après les avoir traversés), abandonnent, après la transformation de l'hémoglobine, de l'hématine aux parties environnantes.

Quant à la voie que le pigment suit à partir de là dans la couche muqueuse, on peut s'en faire une idée assez nette d'après les recherches de Demiéville, Langhans, Riehl, Ehrmann et Quincke.

Pour le plus grand nombre des pigmentoses, on peut prouver que des corpuscules rouges du sang, qui, isolément (physiologiquement) ou en masse (dans des hémorrhagies microscopiques et macroscopiques), ont abandonné les vaisseaux et sont arrivés dans les tissus, quelques-uns sont absorbés sous cette forme dans des cellules de

tissu conjonctif et lymphatique et leur cèdent au moment où ils sont détruits leur hémoglobine, d'autres au contraire seulement après leur décomposition chimique. Ce sont donc les cellules lymphatiques ou migratrices qui transportent avec elles le pigment provenant des corpuscules rouges du sang sous forme de granulations et le cèdent de nouveau aux cellules du réseau, ou contribuent peut-être directement à la pigmentation de la couche muqueuse, en devenant, elles aussi, des cellules du réseau ou bien en restant dans les espaces lymphatiques inter-épidermiques, ou enfin après leur désagrégation en y laissant au moins leur pigment.

Dans la zone sous-épidermique des papilles et dans la partie sous-papillaire du chorion, on voit des cellules analogues, arrondies, pigmentées, munies d'une queue et multipolaires (fig. 32), soit isolées et disséminées, soit disposées en réseaux et en couches le long des vaisseaux et de leurs plus fines ramifications, qu'elles traversent souvent entièrement.

Ces rapports sont toutefois très variables, suivant que l'on a en même temps sous les yeux, soit des formations physiologiques, soit des états pathologiques différents.

Mais, des recherches qui précèdent, il ressort aussi, avec assez de certitude, que l'issue des corpuscules rouges du sang n'a lieu ni continuellement ni régulièrement, mais seulement par poussées, soit dans les formes physiologiques, soit pathologiques. Mais, comme d'un autre côté l'épiderme est en voie continuelle de formation et d'élimination et qu'en même temps la pigmentation du réseau est constante, l'explication reste toujours incomplète en ce qui concerne l'origine et le processus dans la pigmentation physiologique (1). D'autant plus que, au sein de conditions normales on ne trouve, dans le chorion, que de très rares cellules migratrices contenant du pigment.

Ainsi, quoique dans les hyperpigmentoses les conditions indiquées ci-dessus démontrent péremptoirement que, ici, le pigment est d'origine hématogène, — alors que les recherches chimiques antérieures sur le contenu ferrugineux du pigment (Perls, Scherer, Quincke, etc.) n'avaient donné sous ce rapport que trop peu de faits probants, — je crois cependant que l'idée d'une origine métabolique du pigment, c'est-à-dire de sa provenance des produits de décomposition du protoplasma cellulaire ne saurait être tout à fait abandonnée en ce qui con-

---

(1) M. G. Variot, Nigritie et nævi circonscrits, *Bull. de la Soc. de Biol.*, 1887; Nigritie du chien, *eod. loc.*, 1888; Expériences sur la régénération des épithéliums pigmentaires, *Bull. de la Soc. d'Anthropologie*, 1889. E. B. — A. D.

cerne spécialement les états physiologiques, et même pour certains néoplasmes mélaniques.

A côté des disséminations de cellules migratrices contenant du pigment, correspondant à toutes les régions plus fortement pigmentées de la peau, il faut signaler la présence de cordons de cellules et de noyaux qui courent le long des vaisseaux de la couche sous-papillaire et des papilles, les pénétrant souvent et, en quelques parties, les comprimant jusqu'à l'atrophie (Demiéville), et présentant par places une substance intermédiaire parfois homogène, mais quelquefois aussi filamenteuse. Le rétrécissement du calibre des vaisseaux occasionnerait les stases et les hémorrhagies locales que l'on observe quelquefois et qui deviendraient ainsi la source du pigment.

D'autre part, ce tissu conjonctif embryonnaire, qui se présente sous l'aspect de cordons et de réseaux, forme la base de la combinaison ou de la transformation d'hypertrophies pigmentaires en hypertrophies de tissu conjonctif, c'est-à-dire celle de simples nævi pigmentaires et de verrues en nævi charnus et verruqueux d'une autre espèce, modifications sur lesquelles G. Simon a déjà appelé l'attention.

Ces rapports expliquent aussi pourquoi tout afflux considérable et persistant de sang dans les vaisseaux papillaires, comme pour les cas d'hyperhémie (1) et d'inflammation aiguë et chronique ou de néoplasmes congestifs, détermine une apparition plus abondante de pigment dans la couche muqueuse et une pigmentation plus foncée de la peau; ce qui explique encore, dans toute pigmentation plus intense, qu'elle soit acquise, produite par de l'inflammation, ou congénitale, comme dans les taches pigmentaires et les verrues, comment, chaque fois, à côté d'un dépôt abondant de pigment dans l'épiderme, on peut aussi en constater microscopiquement dans le chorion.

Les pigmentations pathologiques de la peau sont congénitales ou acquises.

Les taches pigmentaires congénitales sont désignées sous le nom

(1) L'irritation de tissu, l'hyperhémie, et même la phlegmasie, *à elles seules*, sont insuffisantes pour produire l'hyperpigmentation. Il faut toujours un élément *additionnel*, dont la source peut être très variable, et qui dépend de l'état individuel, de la condition des tissus, de la nature de l'irritant, ou de la cause morbide — faculté pigmentaire de race ou d'individu, régions déclives, altérations vasculaires telles que l'état variqueux, névrites périphériques, cachexies, virulence pédiculaire, état de grossesse, lésions viscérales du foie, de la rate, tuberculisation des capsules surrénales, urticaire xanthélasmoïde, syphilis, tuberculose, etc., etc. C'est à sa nature autant qu'à sa localisation, que la tuberculose surrénale doit d'ajouter la pigmentation au syndrome cachectique. E. B. — A. D.

de *nævi* (*nævi materni*). Elles sont brun clair ou foncé et même noires. On distingue le *nævus spilus*, tache pigmentaire, à surface lisse, souple, sans aucune altération de la peau ; le *nævus verrucosus*, à surface ridée, verruqueuse, souvent recouverte d'un bouquet de poils épais, durs et foncés, — *nævus pilosus;* le *nævus mollusciformis seu lipomatodes*, se présentant sous forme d'une surface indurée ou même d'une tumeur proéminente. Dans ce dernier, on trouve une infiltration de tissu conjonctif jeune, riche en cellules, finement fibrillaire, allant du tissu cellulaire sous-cutané jusque dans le chorion, et présentant à la coupe, un aspect jaunâtre, gélatineux. Les *nævi* pigmentaires peuvent avoir la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, de la paume de la main, ou occuper toute une région du corps. Leurs contours parfois bizarres les font ressembler à une peau d'animal (souris), ou à quelque autre objet analogue d'aspect ; d'où la formation de ce que le peuple appelle des « envies » de femmes enceintes. Lorsqu'ils s'étendent sur une plus grande surface, on ne saurait méconnaître qu'ils suivent d'ordinaire le trajet des nerfs cutanés; ainsi la tache peut être unilatérale et suivre, comme le zoster, le trajet des nerfs intercostaux ; ou bien être parallèle aux nerfs cutanés des membres ; ou encore, partant de la hauteur de l'ombilic, recouvrir, comme un caleçon de bain, le bassin et la partie supérieure de la cuisse (cas de Hebra) et correspondre aux plexus lombaire et sacré, — *nævus nerveux*, Th. Simon ; *nævus unilatéral*, Baerensprung.

L'hypothèse que ces nævi sont occasionnés par une action trophique des nerfs est devenue pour ainsi dire, dans ces dernières années, un article pathologique de foi et a été mise à profit comme preuve de l'existence des nerfs trophiques et comme cause neuropathique de beaucoup de maladies de la peau. Mais il manque encore une preuve de fait pour établir un rapport de ce genre, bien que théoriquement cette preuve soit tout à fait possible.

Il me semble cependant qu'il en est tout autrement.

Avec le développement de l'embryon, les tissus se différencient eux-mêmes dans chaque partie, par conséquent dans tout rudiment terminal des membres, en vaisseaux et en nerfs, etc. Pendant qu'ultérieurement le rudiment terminal des membres s'accroît et prend en avant et en dedans la direction en spirale qui lui correspond (Voigt), toutes les parties nommées, papilles, nerfs, vaisseaux, poils et traînées de tissu conjonctif reçoivent la même direction. Il est par conséquent facile de concevoir que toute altération de ces différents tissus, appréciable par leur forme et leur couleur, marque aussi cette direction. Que cette altération soit en même temps celle du nerf, on le comprend, mais cela n'a absolument aucune valeur pour établir un rapport étio-

logique entre une anomalie de formation et une altération des nerfs.

Dans le cas de nævus peu étendu, on ne peut découvrir de rapport entre le nævus et le trajet des nerfs, mais cette concordance devient d'autant plus frappante que la sphère d'expansion du nævus est plus grande.

Or, si dans une semblable lésion il survient un arrêt local ou un excès de développement, on comprend que, soit un tissu, soit tous les tissus, puissent plus ou moins participer à ce défaut ou à cet excès de formation, c'est-à-dire papilles, vaisseaux, pigment, tissu conjonctif, en un mot que toutes ces formations excessivement développées s'étendent d'un seul côté ou correspondent au trajet d'un nerf.

En fait, presque toujours il arrive que tout nævus étendu est dans ses différentes parties ici plutôt nævus vasculaire, là plutôt nævus pigmentaire, soit verruqueux, soit de tissu conjonctif; il en est certainement ainsi quand le nævus est généralisé, ce qui constitue l'ichthyose hystrix.

Il est vrai que dans d'autres cas il n'y a qu'un des éléments du tissu qui paraisse principalement développé, par exemple les nævi vasculaires, angiomateux, ou ceux de la couche papillaire, pigmentaires et verruqueux.

Même dans les cas où il existe une véritable altération des nerfs, celle-ci ne correspond qu'au schème indiqué, car elle se manifeste en tant que hypertrophie de tissu conjonctif, ou en tant que névrome sur le nerf, comme ceci sera indiqué à propos de l'éléphantiasis télangiectodes et les fibro-névromes — toutes formes pathologiques congénitales.

Je n'ai pour but, dans cette description des rapports généraux des nævi congénitaux représentant l'hypertrophie, que de prouver que la dénomination de nævus nerveux est purement conventionnelle, déduite de l'aspect extérieur, mais n'implique point l'existence d'un contenu neuro-pathologique.

Par contre, il y a des dyschromatoses acquises qui dépendent à coup sûr d'une influence nerveuse, mais dans le sens de dystrophie réflexe ou sympathique, soit, par exemple, le chloasma utérin.

Il faut regarder les taches pigmentaires congénitales comme analogues aux taches de la robe des animaux (Hebra), c'est-à-dire comme des anomalies congénitales.

Les nævi disparaissent très rarement après la naissance; le plus ordinairement, au contraire, ils s'accroissent un peu, puis persistent toute la vie sans changement, ou prennent, dans certaines circonstances (gravidité), une coloration plus foncée.

Les taches pigmentaires acquises, appelées, en général, *chloasma*, sont idiopathiques ou symptomatiques.

Les taches idiopathiques apparaissent spontanément, ce sont le *lentigo*, taches lenticulaires, et les *éphélides*, taches de rousseur. On désigne sous le nom de *lentigo*, *lentigines*, des taches d'égale grandeur, dont la coloration varie du jaune au brun foncé, de la dimension d'une tête d'épingle ou même d'une lentille, rondes, nettement limitées, qui apparaissent en nombre variable entre l'âge de deux à six ans, et persistent jusqu'à la vieillesse. Les éphélides sont, en général, un peu plus petites, brun pâle, moins régulières, dentelées, marbrées, d'une teinte moins uniforme. Leur siège le plus habituel est le nez, les parties voisines de la face et le front : toutefois chez les individus à peau fine et blanche (chez les roux), on en trouve sur le reste du visage, le cou, la poitrine, la face interne des membres, la surface dorsale des mains , les fesses et le pénis ; ce qui prouve bien que les éphélides sont indépendantes de l'action du soleil. Elles n'apparaissent que vers l'âge de sept à huit ans, pâlissent pendant l'hiver, pour s'accentuer davantage au printemps et disparaissent complètement à un âge avancé (1).

Il n'existe, ni au point de vue anatomique, ni dans l'évolution, de différence essentielle entre les nævi pigmentaires congénitaux proprement dits et les taches lenticulaires et taches de rousseur qui apparaissent dans les premiers mois et les premières années de la vie. Quant au premier point, il a déjà été dit que le corps papillaire et le chorion participent au nævus congénital aussi bien par dépôt de pigment que par hyperplasie à degré variable de l'un ou de l'autre tissu ou de toutes les variétés de tissu.

Mais relativement à la marche, il faut remarquer que les taches pigmentaires fœtales, comme celles qui surviennent dans les premières périodes de la vie, augmentent habituellement avec les années comme nombre, comme intensité de coloration et comme masse (circonférence et épaisseur).

Or examinez seulement sous ce rapport beaucoup de personnes,

---

(1) Le terme d'*éphélide* n'a, en lui-même, d'autre signification que celui de tache produite par le soleil : il y a des éphélides qui se disposent en taches comme le lentigo, et le lentigo — *lentilles*, *taches de rousseur* — n'est en aucune manière indifférent à l'action du soleil.

Les pigmentations en nappe, éphélidiennes, des parties découvertes, irrégulières ou figurées, cachectiques ou autres, ne prennent pas chez tous les sujets indifféremment le même développement, et, pour plusieurs d'entre elles, le soleil n'est que partie prenante dans leur étiogénie, et non cause exclusive — Cf. THIBIERGE, art. Éphélides, du *Dict. encyclop. des sc. méd.* E. B. — A. D.

notamment du sexe féminin. Chez des petites filles de dix à quinze ans, on découvre çà et là sur la face des taches lenticulaires et des verrues de la dimension d'une graine de pavot; à l'âge de vingt à trente ans, ces personnes commencent à se plaindre de ce qu'elles prennent beaucoup de taches et de verrues, qui, de quarante à cinquante ans, se sont transformées chez ces mêmes personnes en verrues volumineuses. A un âge plus avancé, le changement dans la végétation des éléments constitutifs du nævus n'est pas encore arrêté; et il arrive souvent alors que les formes d'organisation inférieure, celles des formations épidermiques dépassent quantitativement les productions de tissu conjonctif d'une organisation plus élevée et prennent leur place. C'est ainsi que se produit le cancer épithélial — qui est comme on sait une forme destructive procédant si souvent de verrues et de nævi pigmentaires.

Parmi les pigmentoses congénitales nommées ou survenant dans les premières années de la vie, il faut ranger, comme hyperchromatoses idiopathiques, ces pigmentations de durée en général temporaire, parfois cependant persistantes qui survivent aux inflammations et aux exsudations locales, à l'eczéma, au psoriasis, au pemphigus ou aux hémorrhagies.

D'autres taches pigmentaires sont provoquées artificiellement par des influences locales, qui déterminent une hyperhémie considérable et souvent répétée de la couche papillaire et du chorion, et par là une pigmentation plus foncée.

D'après leur origine, l'on distingue plusieurs variétés de chloasma :

Le chloasma (1) traumatique, dû à une hyperhémie mécanique de la peau. A ce dernier se rattache cette coloration foncée du tégument externe que l'on observe dans les endroits qui ont subi des pressions prolongées, autour de la taille, par l'usage de ceintures, de courroies; aux lombes, par des bandages herniaires, mais surtout les pigmentations qui se montrent dans les points où l'on a pris l'habitude de se gratter. Celles-ci font partie des symptômes de toutes les maladies prurigineuses de la peau : la gale, le prurigo, l'eczéma, l'urticaire, et se

(1) Dans notre vocabulaire, le terme de chloasma (tache jaune verdâtre) n'est guère appliqué qu'aux taches, à couleur variée, qui forment le « masque » des femmes enceintes, bien que le « masque » ne soit, en aucune manière, exclusif à ces dernières. Les termes de pigmentation cutanée, mélanisme, mélanodermie, taches pigmentaires, etc., sont suffisants pour désigner les diverses pigmentations anomales, à la condition de leur ajouter un qualificatif de différenciation, ce qui est préférable à la multiplication des dénominations spécifiques, à signification variable selon les auteurs. E. B. — A. D.

présentent sous forme de traînées brunes, ou d'une coloration diffuse allant du jaune brun au noir foncé (*Melasma*) (1). Plus une même région est souvent irritée ou déchirée par les ongles, de façon à déterminer directement la sortie du pigment sanguin, plus la pigmentation est étendue et foncée. Elle est donc plus intense dans les maladies chroniques, le prurigo, le pemphigus prurigineux, que dans l'urticaire, la gale. Mais elle est surtout prononcée dans la phthiriase ancienne, où la plus grande partie de la peau, surtout à la nuque et au sacrum, peut prendre une coloration brun noirâtre. Il n'y a pas de raison toutefois de décrire cette forme comme une affection spéciale, mélanose, melasma, mélanodermie, pas plus que pour le pityriasis nigra des auteurs, qui s'applique à cet aspect luisant et fortement pigmenté de la peau, lequel survient à la suite d'eczéma ou de cachexie. Comme le siège de ces pigmentations correspond précisément aux points où les démangeaisons sont les plus vives, à la nuque et au sacrum dans la phthiriase, sur le côté de l'extension aux membres inférieurs dans le prurigo, comme elles sont répandues partout dans le cas de démangeaisons généralisées, comme leur intensité varie, suivant l'âge relatif des excoriations qui les ont précédées, il est évident que ces pigmentations bien étudiées peuvent fournir un appoint important au diagnostic des lésions antérieures (2).

Le chloasma calorique et la coloration brune que prennent la face, la nuque, la poitrine, les bras, les mains, toutes les parties du corps, en un mot, qui sont exposées aux ardeurs du soleil et à l'air libre, — constituent « *le hâle* » ; celui-ci apparaît souvent après quelques heures de marche au soleil, surtout chez les touristes et les gens de la ville. Les personnes faibles, chlorotiques, y sont moins exposées que celles qui sont fortes, robustes. L'action prolongée d'un air vif et froid produit le même effet ; aussi cette variété de chloasma se présente-t-elle

(1) Les *macules* — voy. tome Ier, note 1, p. 60, — temporaires, consécutives à certains cas d'urticaire, ne sont pas à confondre avec la pigmentation spéciale, permanente, typique, de l'affection désignée sous le nom d'*urticaire pigmentaire* — voy. tome Ier, note 1, p. 420.
E. B. — A. D.

(2) Cf. Paul Fabre. Des mélanodermies, en particulier d'une mélanodermie parasitaire, et du rôle des parasites animaux dans la pigmentation cutanée, Paris, 1872. — Sur les mélanodermies de misère, *Vagabond's disease*, et sur le diagnostic des mélanodermies mixtes ou ambiguës, voy. E. Besnier, Mélan. génér. avec pigm. des ongles, de la muqueuse buccale et du prépuce, sans signes certains de cachexie surrénale, *Réunion clin. hebd. des méd. de Saint-Louis*, *in Annales de Dermatologie*, 2e série, t. X, 1889, p. 569.
E. B. — A. D.

chez toutes les personnes qui travaillent en plein air, chez les chasseurs, les soldats après une campagne, les matelots, les cochers, les maçons, etc. Cette pigmentation disparaît quand les sujets qui la portent sont soustraits pendant un certain temps à ces diverses influences.

Le chloasma toxique se montre après l'emploi de certaines substances irritantes : sinapismes, vésicatoires, écorce de garou, dont les médecins conseillent chaque jour l'emploi. Ces pigmentations peuvent persister toute la vie ; le médecin se gardera donc d'appliquer un vésicatoire sur la poitrine ou le visage d'un malade du sexe féminin, s'il n'ose pas renoncer complètement à ces divers traitements (1).

Le chloasma symptomatique est un phénomène qui accompagne ou qui suit certaines affections des organes internes, ou de tout l'organisme. Il se présente sous forme de taches nettement limitées, ou d'une coloration foncée, diffuse et générale de la peau. La variété la plus commune et la plus connue est le chloasma utérin, encore appelé chloasma hépatique (Alibert), taches hépatiques, en raison de leur analogie de couleur avec celle du foie. Il n'occupe parfois que quelques points, ou bien toute la surface du front jusqu'à la naissance des cheveux, sous forme de traînées régulières ou irrégulières, allant du jaune brun au brun foncé. On le trouve également sur les paupières, dans le voisinage de la commissure palpébrale, sur les joues, la lèvre supérieure, le menton. Il apparaît fréquemment chez les femmes stériles ou non mariées (viragines), chez celles qui souffrent de troubles dans la sphère des organes sexuels, dysménorrhée, déviations, néoplasmes utérins, affections ovariques, hystérie ; chez d'autres, il survient pendant la grossesse. Le chloasma disparaît après la ménopause. Il existe également un rapport entre les modifications que présente l'utérus pendant la grossesse et la pigmentation plus foncée qui se produit à l'aréole du mamelon et au niveau de la ligne blanche.

Le chloasma cachectique, comme le chloasma utérin, peut être

---

(1) Le professeur Kaposi a raison d'avertir les médecins du fait de la persistance possible de pigmentations cutanées, au niveau des points où ont été appliqués, non seulement les sinapismes et les vésicatoires, mais encore tous les révulsifs, tous les irritants de la peau, et, nous ajouterons, particulièrement la teinture d'iode, dont il est fait aujourd'hui un usage excessif.

Mais cette persistance n'est pas *la règle* ; la trace des irritants cutanés de cet ordre disparaît ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long. Lorsque le médecin juge utile (et il a quelquefois raison) d'appliquer un vésicatoire, la crainte d'une pigmentation persistante sur le thorax n'a d'importance, et encore à titre relatif, que s'il s'agit d'une jeune fille ou d'une jeune femme. E. B. — A. D.

localisé au visage, où nous l'avons observé chez de jeunes sujets atteints de lichen scrofuleux. Ce cas laissé de côté, nous désignons sous le nom de chloasma cachectique la coloration foncée, générale de la peau, qui survient chez les gens tombés dans le marasme à la suite de malaria, chez les buveurs, dans l'atrophie sénile ou la cachexie cancéreuse.

La pigmentose caractérisant la maladie d'Addison ne représente qu'un des symptômes de l'affection générale qu'on désigne sous ce nom et qui, jusqu'à présent, reste encore une énigme. Addison, en 1885, a décrit cette maladie en spécifiant que les modifications locales et constitutionnelles que l'on y observe devaient être considérées comme des conséquences d'une altération des capsules surrénales. La peau de la face, du tronc, des membres prend peu à peu dans ces régions une coloration diffuse variant de la teinte olive à la teinte sépia et brun bronzé — teinte bronzée, maladie bronzée ; — et la muqueuse des lèvres, des joues et du palais présente aussi une couleur brune diffuse allant jusqu'au brun noir.

Mais il survient en outre des troubles du côté d'autres organes, des phénomènes gastriques : de la diarrhée, de la constipation, des vomissements, du catarrhe de l'estomac et de l'intestin, sensibilité des organes du bas-ventre, palpitations, anémie, faiblesse du pouls, dépression morale, neurasthénie, débilitation générale, amaigrissement et, du fait de ces lésions ou à la suite de l'assoupissement, du coma; la mort arrive parfois subitement, comme par un choc.

On n'a pas réussi jusqu'à présent à trouver le rapport des lésions des capsules surrénales avec les symptômes de la maladie d'Addison, car, dans bon nombre de cas bien caractérisés de cette affection, ces organes n'étaient pas malades (Overbeck); dans d'autres, il y avait une dégénérescence des capsules surrénales sans ces symptômes ; et des extirpations et des mutilations pratiquées ou provoquées expérimentalement n'ont pas été suivies de pigmentose (Nothnagel). Les théories sur la signification embryologique et fonctionnelle des capsules surrénales (glandes hématopoiétiques, ou tissus nerveux, ganglions) n'ont pu expliquer pourquoi leur dégénérescence coïncide avec la pigmentation foncée de la peau; non plus que l'origine de ce pigment, ainsi que G. Lewin l'a établi dans une étude critique de la littérature actuelle.

Il paraît toutefois certain que, eût-on même une fois constaté cette coïncidence, ce n'est pas toute espèce de maladie des capsules surrénales, mais seulement leur dégénérescence dite caséeuse qui accompagne la maladie d'Addison.

A une époque plus récente, comme la dernière publication de Nothnagel nous l'apprend, on a toujours eu plus de tendance, en raison

de l'insuffisance de toutes les tentatives faites jusqu'à présent d'une explication anatomo-embryologique, hémato-chimique et physiologique, à rapporter le complexe symptomatique tout entier, ainsi que la pigmentose, à un trouble organique ou fonctionnel des plexus des nerfs abdominaux et des ganglions (sympathique, splanchnique, plexus cœliaque, ganglion semi-lunaire); bien qu'ici les nombreuses différences dans les lésions que l'on a trouvées et une non moins grande divergence dans leur interprétation soient un obstacle à l'établissement d'une théorie à peu près satisfaisante.

En ce qui concerne l'origine du pigment de la peau dans la maladie d'Addison, outre les opinions qui règnent sur la formation du pigment en général, on a encore insisté sur ce que les capsules surrénales fournissaient le pigment d'une manière quelconque, soit par décomposition des corpuscules du sang, soit par formation d'une substance protéique spéciale qui se transformerait ultérieurement en pigment (Averbeck, Riehl, Burger).

Les recherches anatomiques de Nothnagel et de Riehl ont montré que dans la mélanose d'Addison les conditions sont les mêmes que dans la mélanose de toute autre origine : corpuscules de pigment dans les cellules du réseau, dans le corps papillaire et dans la partie supérieure du chorion, cellules migratrices portant du pigment et partout en plus grande quantité autour des vaisseaux sanguins. Ajoutons à cela que Riehl, dans un cas de maladie d'Addison, a trouvé une lésion du tissu des plus petits vaisseaux de la peau et des papilles, c'est-à-dire de l'adventice et de la membrane médiane, lésion qui avait nécessairement accru leur perméabilité pour les corpuscules rouges du sang, et qui rendait possible des hémorrhagies microscopiques, comme cet auteur l'a également démontré. Il faudra donc avec Nothnagel, même pour la maladie d'Addison, faire dériver le pigment des corpuscules rouges du sang, qui, au lieu et place de leur sortie, cèdent leur hématine aux cellules migratrices et aux épithéliums, comme ceci a déjà été expliqué d'une manière générale relativement à la pigmentation physiologique et pathologique.

Comme cause plus éloignée de l'altération des vaisseaux et de l'issue des corpuscules rouges du sang d'où résulte un dépôt de pigment, Nothnagel signale, dans le même sens, le système nerveux des viscères abdominaux, lequel provoquerait par conséquent de la même manière, par voie réflexe, la pigmentose addisonnienne, ainsi que d'autres pigmentoses; telle, par exemple, que celle des femmes enceintes, le chloasma utérin, qui est produit par l'intermédiaire des nerfs des organes sexuels.

Comme pigmentose symptomatique, il faudrait citer encore la syphilis pigmentaire.

Sous cette dénomination et d'autres semblables (syphilide pigmentaire, taches syphilitiques, syphilodermie pigmentaire) quelques auteurs, principalement français et anglais, sans excepter ceux d'autres pays (Monneret, Hardy, Pillon, Gibert, Bazin, Lancereaux, Fournier, Tanturri, Schwimmer, Atkinson, Drysdale, G.-H. Fox, Duhring, etc.), ont signalé des colorations brunes de la peau, qui, d'après l'opinion de la plupart des auteurs ci-dessus, sont un effet direct de la diathèse syphilitique au même titre que les exanthèmes spécifiques, et comme celles-ci aussi seraient modifiées et disparaîtraient sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

Les taches se présentent sous l'aspect de colorations brun sale ou jaune brun qui apparaissent parfois diffuses, isolées ou en forme de réseau par suite de la réunion de plusieurs d'entre elles. Elles ne desquament pas, elles surviennent de préférence au cou, à la nuque, à la face, au thorax, et en général dans les premières périodes de la syphilis. Elles persistent des mois, quelquefois aussi des années, et le traitement spécifique les fait en général disparaître rapidement.

Les pigmentations indiquées ici n'ont à coup sûr que partiellement la signification de la dyschromatose cachectique de la peau signalée précédemment, d'autant que la syphilis constitutionnelle occasionne également une espèce de cachexie ; elles ne sont pas par conséquent l'effet direct du virus spécifique, comme par exemple une syphilide. Comme ces taches pigmentaires disparaissent avec la guérison de la syphilis, il nous est permis de les interpréter dans ce sens.

Mais, pour la plus grande partie, ces dyschromatoses considérées comme de la syphilis pigmentaire peuvent constituer un des phénomènes de la leucodermie, en quelque sorte « le négatif » de ce tableau morbide que, le premier (1880), O. Simon a reconnu, et que, plus tard (1883), Neisser a décrit comme leucodermie syphilitique.

Cette dyschromatose qui, chose étrange, est restée longtemps méconnue, se manifeste chez un nombre considérable de syphilitiques récents, mais principalement chez la femme, au moment de la régression d'une syphilide maculo-papuleuse sous forme de disques de la dimension d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 0 fr. 50, blanc clair, environnées de peau de coloration normale ou le plus souvent pigmentée foncée d'une manière anormale. Ces taches sont surtout nombreuses et compactes dans les régions du cou et de la nuque, disséminées aussi sur le tronc et les membres. Tortora donne le dessin d'un cas de syphilide pigmentaire aréolaire sur une femme, chez laquelle les taches blanches recouvraient d'une façon également com-

pacte le cou, le tronc et les membres et dont les parties intermédiaires de coloration foncée représentaient un réseau continu.

Dans tous ces cas cependant, la tache blanche, la perte de pigment, forme la partie essentielle de la maladie et l'état primaire ; la coloration foncée, dans les cas où elle existe, constitue l'état secondaire, et par conséquent la leucodermie syphilitique n'appartient pas au processus de l'hypertrophie pigmentaire, mais de l'atrophie du pigment : la décoloration part de segments punctiformes et progresse constamment,

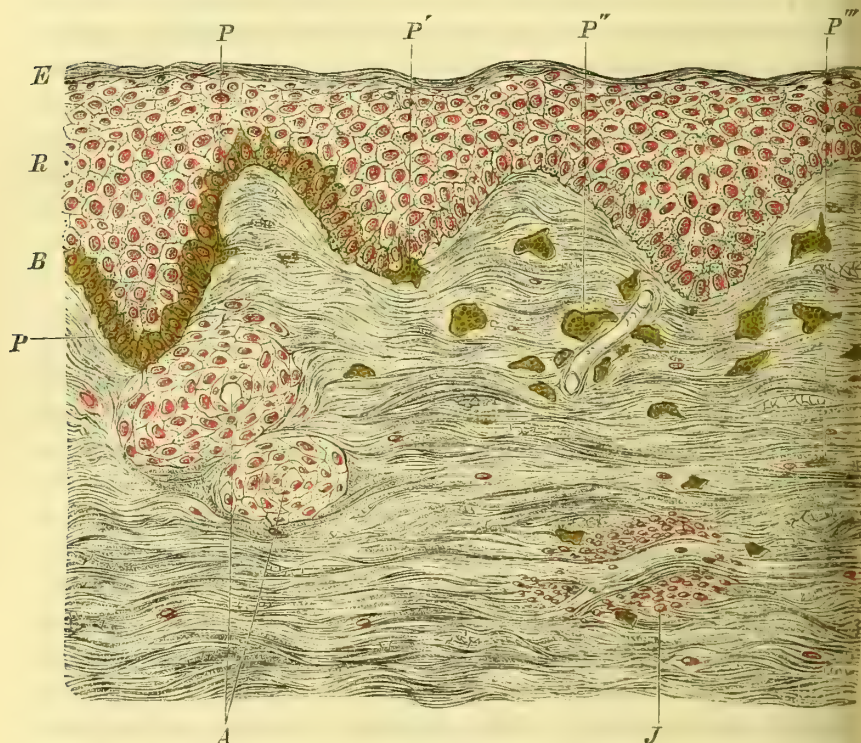


Fig. 32.

Coupe d'un fragment de peau à la limite d'une tache leucodermique décolorée et d'une tache leucodermique à pigmentation foncée (Riehl).

E épiderme. — R couche épineuse. — B couche basale de cellules. — P pigmentation jusqu'à P', de là vers P'', sans pigment. — P' cellule migratrice portant du pigment avec ses prolongements s'introduisant entre les cellules du réseau. Dans le chorion, nombreuses cellules migratrices pigmentées P''; dans P''', amas de granulations de pigment correspondant à une de ces cellules. — A coupe transversale. — J coupe longitudinale d'un vaisseau sanguin entouré d'infiltration cellulaire.

c'est-à-dire d'une manière centripète jusqu'à former des disques de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, tandis que les bandes brunes intermédiaires correspondant à cet état deviennent toujours plus étroites, et disparaissent enfin lorsque les districts blancs se réunissent.

Comme Riehl l'a très justement décrit, la disparition du pigment part directement d'une tache de roséole ou d'une papule, formant en général en commençant autour de cette dernière une aréole claire, tandis que la portion de papille présente encore une teinte foncée.

Les disques blancs ou les taches blanches provenant de leur extension et de leur confluence forment des surfaces étendues et entaillées par des dentelures et des traînées de pigment, et persistent un bon nombre de mois.

Puis leurs limites deviennent peu à peu indistinctes, se confondent, et elles sont enfin méconnaissables, soit par l'affaiblissement de la coloration plus foncée des parties avoisinantes, soit par la réapparition de la pigmentation normale au dedans de leur surface.

Contrairement à la tentative d'explication de Neisser, d'après lequel la décoloration serait due à la chute rapide des cellules du réseau contenant du pigment à la suite du processus inflammatoire, l'interprétation donnée par Riehl est selon moi la plus juste. D'après cet auteur, en même temps qu'opère le processus de résorption auquel sert de base le produit de l'efflorescence syphilitique, il se fait une absorption du pigment situé dans les cellules profondes du réseau et un transport vers les zones périphériques des centres de l'efflorescence. Les intermédiaires de ce transport sont ces cellules migratrices déjà citées, que nous avons indiquées, d'après Ehrmann et Riehl, comme les porteurs intermédiaires du pigment entre les vaisseaux sanguins et le réseau pour ce qui concerne la pigmentation physiologique. Dans la partie sous-papillaire du chorion, au-dessous de ces points qui présentaient un réseau déjà sans pigment, Riehl a trouvé dans la leucodermie syphilitique de semblables cellules portant du pigment, et il pense que ces cellules migratrices entraînent dans ce cas le pigment par la même voie par laquelle elles l'amènent dans le processus physiologique (fig. 32).

Il en résulte que la leucodermie syphilitique n'est pas, comme l'ont indiqué les premiers auteurs, un produit spécifique proprement dit de la syphilis, mais un phénomène accidentel consécutif à l'infiltration locale occasionnée par la syphilis (roséole, papule). Et même avec cette restriction il faut la considérer non comme une hyperpigmentose, mais comme une achromatose analogue au vitiligo dont il sera question plus tard. Il n'est donc pas davantage permis de regarder cette lésion comme un indice caractéristique et diagnostique de la syphilis, mais tout au plus comme un symptôme qu'il faut ranger à côté des autres caractères typiques de cette affection.

La leucodermie en elle-même n'a que la signification de décolora-

tions analogues à celles qui d'ordinaire partent d'infiltrats inflammatoires et néoplasiques en voie de résorption et de verrues pigmentaires (1).

Le diagnostic du chloasma et des taches pigmentaires, en général, n'est pas difficile : la survenance de la coloration, sa non-disparition sous la pression des doigts, ainsi qu'au grattage, l'absence de toute autre lésion du tissu (telle que rougeur, desquamation) empêchent de le confondre avec d'autres altérations qui présentent avec lui quelque analogie, telles que le pityriasis versicolor. Le diagnostic spécial de la pigmentation, d'après sa signification ou son origine, et son pronostic (si elle est persistante ou passagère) ressort de l'exposé des notions symptomatologiques qui précèdent.

Très différentes de ces vraies pigmentations sont les diverses dyschromatoses de la peau, dont nous allons maintenant parler, et qui proviennent du dépôt dans le derme lui-même (non plus dans l'épiderme) de substances colorantes, formées dans l'économie ou introduites du dehors.

Ce sont :

La coloration ictérique de la peau : elle consiste en un dépôt de matière colorante biliaire dans toutes les couches du derme; sa teinte varie du jaune citron au jaune gris (ictère noir). La durée, l'intensité,

---

(1) La dyschromatose que l'on observe particulièrement à la région du cou, *celle qui, signalée par* MONNERET, *a été dénommée* SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COL par HARDY et par son élève PILLON, est un *signe indicateur* de premier ordre de la syphilis secondaire. Toutes les confusions accumulées comme à plaisir par un nombre infini d'auteurs *à côté* de la question, les dissertations sur les pigmentations ou dépigmentations de la syphilis *en général*, les conceptions étranges qui ont été émises en différents pays, ne sauraient prévaloir contre un fait d'observation.

Chez un certain nombre de syphilitiques encore jeunes, et chez un très grand nombre de jeunes femmes syphilitiques, on constate pendant la période secondaire, spécifiquement *sur la région du col*, des *maculatures dyschromiques* — achromiques ou hyperchromiques — plus ou moins accentuées. Tantôt elles sont le *reliquat* de localisations syphilitiques manifestes ; ce sont alors des *macules dyschromiques* consécutives à la roséole ou aux plaques syphilitiques de la région ; tantôt elles apparaissent d'*emblée*, et si elles sont secondaires à une lésion syphilitique préalable, celle-ci est restée *latente*.

Sur l'origine névropatique locale (LELOIR) ou artériotrophique (DE MAIEFF), Cf.: Des syphilides pigm. etc., etc., par J. DE FISSON, thèse de Lille, 1887. — J. AUDRY, syph. pigm. généralisée, examen histolog. des taches, *Ann. de Dermat.* et de *Syph.*, 3° série, t. I, n° 2, 1890 — DE MAIEFF, De la syph. pigment., *Congrès de Paris*, 1889, etc.

E. B. — A. D.

la curabilité de l'ictère dépendent de l'affection primitive. Les démangeaisons qui l'accompagnent (1) sont très pénibles et difficiles à combattre.

L'argyrie : c'est une coloration luisante, ardoisée, bronzée (d'où aussi « teinte bronzée »), bleu grisâtre de la peau (et des muqueuses), due à un dépôt de petits grains d'argent dans le derme ; on l'observe chez des sujets qui pendant longtemps ont pris du nitrate d'argent à l'intérieur, dans le cours de l'épilepsie, de la dysenterie, etc. Depuis les premières communications de Zöllner (1795), on a publié un certain nombre d'observations analogues. Parfois aussi on a vu l'argyrie survenir après des cautérisations de la gorge, peut-être dans des cas où un morceau du crayon avait été avalé par mégarde (Duguet). Des cautérisations de la conjonctive au nitrate d'argent ont déterminé parfois une teinte argentée locale. Mais il est remarquable que les cautérisations si nombreuses de la peau, comme celles que l'on pratique contre le lupus, n'aient jamais déterminé d'argyrie, même locale (2). Quelle est la combinaison chimique (albuminate d'argent soluble ?) qui, après son absorption, laisse ainsi déposer les grains d'argent ? On ne le sait pas encore. L'action de la lumière n'est certainement pas nécessaire pour la réduction, car le dépôt se fait même dans les organes internes. Des recherches anatomiques précises (de Fromman, Riemer, Neumann et d'autres) ont montré que les grains d'argent ne se déposent pas dans l'épiderme, mais dans le tissu conjonctif de la peau, et que ce dépôt est plus abondant dans les couches adjacentes au réseau muqueux et aux cellules de revêtement des glandes. Dans les organes internes, c'est égalemenl dans le tissu connectif que se fixe l'argent réduit (Weichselbaum). Cet état est persistant et incurable.

Bien différente est, d'après son origine, l'argyrie locale professionnelle (Lewin) qui a été presque en même temps signalée par Blaschko et Lewin, dans laquelle la présence d'argent métallique dans la peau des ouvriers qui travaillent l'argent (Blaschko) est occasionnée par l'introduction d'éclats de ce métal, lesquels se détachent pendant le travail (limeurs, tourneurs, polisseurs), et qui traversent l'épiderme, grâce au

---

(1) L'étude des *colorations tinctoriales* de la peau, d'origine intrinsèque, ictère, xanthochromie — voy. plus loin les notes du xanthome — ou extrinsèques, simulées, etc., n'est à intervenir ici que sous le rapport du diagnostic.

E. B. — A. D.

(2) Nous en avons constaté un exemple chez un ecclésiastique, qui avait subi des cautérisations au nitrate d'argent fondu, pour un eczéma de la barbe.

E. B. — A. D.

mouvement qui leur est communiqué et restent fixés dans le chorion, les parcelles de métal déterminent des points et des taches noir bleu, dont le siège est principalement la surface dorsale des mains et des doigts, plus rarement la peau de la face et celle de la poitrine, qui reste découverte pendant le travail. A l'examen microscopique, ces deux auteurs ont trouvé de l'argent métallique sous forme de granulations et de lignes constituant un réseau, lesquelles, par leur situation et leur configuration, correspondent aux fibres élastiques si bien représentées par Balzer, Unna et Lustgarten, au moyen du bleu victoria. L'image rappelle de tous points celle qui a été obtenue, d'après la méthode de Recklinghausen, sur des coupes microscopiques colorées au nitrate d'argent. Lewin croit, en outre, que ce réseau, dessiné de la sorte, des fibres et des ligaments élastiques, correspond en même temps aux parois d'un réseau de canaux lymphatiques. Même en ce cas, on doit admettre une réduction analogue dans l'argyrie provoquée par la pénétration à travers les voies digestives, de telle sorte que l'argent introduit dans l'organisme a formé une combinaison saline soluble dont le métal n'est que plus tard réduit et déposé.

Par le dépôt dans le chorion de corps finement divisés, colorés ou même simplement foncés, il se produit accidentellemeut des colorations variables de la peau, mais qui n'ont également rien de commun avec le pigment. La plus connue de ces colorations est le tatouage.

Tatouage. On l'observe en Europe chez les ouvriers, les matelots, particulièrement sur les bras; chez un grand nombre d'insulaires de la mer du Sud, notamment chez les Birmans, on le pratique sur des parties étendues de la peau, où il représente les figures et les contours les plus bizarres; tel le cas du « tatoué de Birmanie » que j'ai décrit et qui est représenté dans l'atlas de Hebra. Le mode opératoire consiste à piquer la peau jusqu'au sang, selon un dessin quelconque, à l'aide d'une épingle ou d'un faisceau d'épingles, ou encore d'instruments semblables à un tire-ligne, puis à appliquer diverses substances colorantes : poudre de charbon, poudre à canon (bleu), cinabre (rouge) employé par les chirurgiens après la chéiloplastie, ou encore des matières colorantes végétales, telles que l'indigo. Au tatouage se rapporte la coloration grise de la peau produite par la déflagration de la poudre (1).

Le traitement des pigmentations qui disparaissent spontanément

---

(1) On peut en rapprocher aussi le piqueté noirâtre indélébile du dos des mains et des avant-bras, chez les forgerons et les piqueurs de meules.

Sur les tatouages et les colorations tinctoriales, Voy. E. Magitot —

est, on le comprend, tout à fait sans objet; mais le secours du médecin est souvent réclamé dans les cas de pigmentation persistante, surtout d'éphélides et de chloasma utérin.

L'indication thérapeutique est ici de détruire les couches profondes du réseau muqueux, où se trouve déposé le pigment en excès. L'essence de moutarde, les cantharides, l'écorce de garou, l'acide sulfurique, ne conviennent pas pour cet usage, car leur emploi détermine lui-même une hyperplasie pigmentaire dans la couche muqueuse reformée. Mais l'acide chlorhydrique ou acétique, le borax, la potasse, la soude (savons), la teinture d'iode, les pâtes sulfureuses, et surtout le sublimé, sont parfaitement indiqués. Veut-on obtenir un effet rapide, comme dans le cas d'éphélides nombreuses ou de chloasma utérin du visage? On recouvre la face de petits morceaux de toile et, pendant que le malade est couché horizontalement, on humecte ces linges avec une solution de sublimé (sublimé corrosif, 0 gr. 50; eau distillée ou alcool, 50 gr.), de façon à les tenir mouillés pendant quatre heures. Il se produit une cuisson intense et une sensation de tension; l'épiderme se soulève en une phlyctène que l'on perce à un de ses bords et qui s'affaisse ensuite. On recouvre les surfaces avec une poudre inerte, et au bout de huit jours, la croûte épidermique tombe et laisse à nu une peau nouvelle, blanche et sans pigmentation. Le même moyen peut servir contre le nævus et le lentigo. C'est de la même façon qu'agissent la teinture d'iode, le glycérolé d'iode, les pâtes sulfureuses après six à douze applications, ou encore le savon mou, étendu sur de la flanelle et appliqué pendant douze à vingt-quatre heures; dans tous ces cas, l'épiderme forme une croûte qui se détache avec le pigment qu'il contient, ou se décolore comme lorsqu'on applique la chrysarobine (Leloir).

Une disparition lente du pigment peut s'obtenir à la suite de la rubé-

---

Rech. ethn. s. le tatouage, Congrès d'Alger, 1881, *in Union médicale*, 3e série, t. XXXII; M. G. Variot, Les tatouages et les peintures de la peau, *Revue scientifique*, Paris, 1889.

Pour détruire les tatouages, voici le moyen proposé par Variot — *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, juillet 1888.

On étend, sur la partie tatouée, une solution concentrée de tannin, puis on fait des piqûres serrées sur toute la surface avec un jeu d'aiguilles à tatouer; après quoi, on passe sur toutes les parties tatouées un crayon de nitrate d'argent, et on n'essuie que quand les piqûres apparaissent en noir foncé. — Réaction légère; formation d'une eschare noire, mince, adhérente, qui se détache au bout de deux septenaires, laissant une cicatrice érythémateuse, qui se décolore peu à peu.

E. B. — A. D.

faction et de la desquamation épidermique obtenues par des lavages quotidiens avec de l'esprit de savon de potasse, des badigeonnages avec une solution faible d'acide acétique ou chlorhydrique, ou d'autres substances légèrement irritantes, ainsi :

1. Émulsion d'amandes.	100 gr.
Teinture de benjoin.	5 »
Sublimé.	0 05 cent.
2. Vératrine	0 1 déc.
Eau de naphte	50 gr.
3. Esprit de savon de potasse.	50 gr.
Naphtol	2 »
Glycérine.	1 »
4. Eau distillée.	6 litres.
Sublimé	35 gr.
Blancs d'œufs.	N° 24
Suc de citron.	N° 8
Sucre blanc	300 gr.

(*Eau cosmétique orientale.*) 5 parties sur 100 d'eau de fraises.

Ou bien on se sert d'une pommade dont on enduit un linge de toile qu'on laisse appliqué pendant la nuit :

5. Précipité blanc.	⎱ ââ	50 gr.
Borax de Venise.	⎰	
Onguent émollient.		50 »
Huile de romarin.	⎱ ââ	5 gouttes.
Huile de naphte	⎰	
6. Acide salicylique 2 sur ong. émollient. .		40 gr.
7. Acide borique.	⎱ ââ	5 gr.
Cire blanche.	⎰	
Paraffine.		10 »
Huile d'amandes		30 »

Les pommades à l'acide pyrogallique et à la chrysarobine agissent en détruisant le pigment; mais leur action colorante propre est une contre-indication à leur emploi sur la face. Lorsque la peau est ainsi devenue rouge et desquamée, on y applique les cosmétiques ou les poudres dont j'ai déjà parlé et dont je donnerai ici encore quelques formules, en faisant remarquer qu'il faut éviter d'employer concurremment des préparations contenant du soufre, du plomb, du mercure.

Poudres cosmétiques blanches :

Sous-carbonate de bismuth.	10 gr.
Talc de Venise pulvérisé.	20 »
Sulfate de baryte précipité.	30 »
Huile de roses.	2 gouttes.

Cosmétique liquide :

Sous-carbonate de bismuth.	10 gr.
Talc de Venise porphyrisé	20 »
Eau de roses.	70 »
Eau de Cologne.	30 »

On l'emploie comme l'eau des Princesses (Hebra), on en applique le dépôt blanc à l'aide d'un pinceau; on laisse sécher, puis on essuie.

Pommade cosmétique :

Chlorure de bismuth précipité.	5 grammes.
Sulfate de baryte précipité.	10 —
Cire blanche	3 —
Huile d'amandes.	7 —

Les nævi pigmentaires peuvent être détruits par le raclage avec la curette, ainsi qu'au moyen de l'électrolyse punctiforme ou en surface dont le mode d'application est connu depuis longtemps. Dans ces dernières années, Voltolini, Gärtner et Lustgarten ont indiqué des méthodes spéciales (1).

Toutefois, toutes les taches dont nous avons parlé, éphélides, lentigo, reparaissent de nouveau; le chloasma seul disparaît d'une façon durable, quand sa cause (affection des organes génitaux) a cessé. Le tatouage des taches pigmentaires ne donne pas de résultat, car on n'a pas trouvé encore de matière colorante correspondant à l'incarnat de

(1) Un grand nombre de ces lésions peuvent être aisément détruites par les cautérisations électriques ponctuées, véritables tatouage ou scarification ignés, qui peuvent être exécutés sans grande douleur, à l'aide des applications locales de chlorure de méthyle.

Depuis un grand nombre d'années, nous avons ainsi guéri des nævi pigmentaires de toute sorte. Les intéressés doivent être prévenus qu'une *cicatrice* est inévitable à la suite de la destruction électro-caustique.

E. B. — A. D.

la peau. Sherwell dit avoir réussi en tatouant avec des aiguilles trempées dans une solution à 25 p. 100 d'acide chromique ou à 50 p. 100 d'acide phénique. Dans le cas de nævus pilaire, il faut également arracher les poils ; le nævus verruqueux et lipomatode ne peut être combattu que par des cautérisations profondes ou par l'excision.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

HYPERTROPHIE DE L'ÉPIDERME ET DES PAPILLES

Rigoureusement, on ne peut séparer l'hypertrophie de l'épiderme de celle des papilles, car, de fait, ces deux états sont le plus souvent combinés. Le processus physiologique de la régénération de l'épithélium n'est pas encore à beaucoup près connu dans tous ses détails; mais il est certain, du moins, que les matériaux pour la formation des cellules épidermiques nouvelles et pour la nutrition de toute la couche cellulaire sont fournis par les papilles, notamment par leurs vaisseaux. Dans les cas pathologiques, il est hors de doute que la couche épithéliale s'accroît par elle-même, par une segmentation des cellules et des noyaux des cellules dentelées (fig. 29).

Relativement au processus intime de la division des cellules et des noyaux, spécialement de ceux de l'épithélium, on s'est contenté, jusqu'à ces derniers temps, de l'aspect facile à constater de noyaux étranglés et échancrés jusqu'à former un pont filiforme ainsi que de doubles noyaux, et l'on a supposé, correspondant à la division ainsi réalisée du noyau, une séparation analogue du protoplasma cellulaire en adjugeant les moitiés ainsi obtenues chacune à un noyau fille, et en partie on l'a constatée réellement par l'observation de bourgeonnement et de sillons d'étranglement, comme Stricker l'a démontré le premier.

Cependant, depuis les travaux de Fromann (1865-67) et d'Heitzmann (1873), nos connaissances sur la structure intime de la cellule et du noyau se sont étendues et modifiées d'une manière notable en opposition à celles léguées par Max Schultze. En même temps aussi, l'hypothèse antérieure d'une dichotomie simplement mécanique de la cellule dans sa prolifération a subi les mêmes modifications, grâce au perfectionnement de nos procédés de teinture, de nos instruments d'optique et des méthodes d'examen, par un grand nombre d'auteurs tels que Strassburger, Schleicher, Klein, Arnold, Stricker, Retzius, Pfitzner, Spina, etc., mais surtout de Flemming et de Rabl.

D'après ces recherches, le protoplasma cellulaire ne consiste pas en ne masse homogène, finement granulée (Max Schultze), mais en deux ıbstances différentes au point de vue de la chimie, de la structure et la biologie, c'est-à-dire en une masse de filaments (miton) et une asse interfilamentaire (paramiton); le noyau qui, en tout cas, doit re toujours séparé de la substance cellulaire, consiste en une charnte nucléaire filiforme, en nucléoles et en suc de noyaux (Fleming).

En outre, on distingue sous le nom de chromatine la substance du yau cellulaire qui se colore par la teinture, mais qu'il ne faut pas mplètement confondre avec le tissu des filaments et la substance hromatique qui ne se colore pas, laquelle forme l'enveloppe qui ole le noyau de toutes parts, tandis que la charpente chromatique s filaments atteint bien aussi la limite des cellules, mais constitue une enveloppe rétiforme déchirée en plusieurs points.

Comme les études sur ces très intéressants détails ne sont pas encore rivées à un résultat tout à fait définitif, je tracerais l'état actuel de nos nnaissances sur la division des noyaux d'après la description et en produisant les termes mêmes du mémoire de C. Rabl, travail qui est, mme je le crois, le plus récent et dans lequel cette question est traie à fond.

Selon Rabl, la division indirecte ou « karyokinésique » de la cellule arche de pair avec une métamorphose du noyau de la cellule. Cette étamorphose consiste dans la formation d'une figure composée de aments, figure de la division des noyaux ou figure nucléaire. La ure de division des noyaux est composée de la figure achromatique fuseau nucléaire, et de la figure chromatique. La figure achroatique est formée des substances du noyau (Flemming), ou peut-être corps de la cellule (Strassburger), non colorables par les agents écifiques de la coloration des noyaux; elle représente un faisceau filaments en général fusiforme, parfois cylindrique, qui relie entre x les deux pôles de division de la cellule. Des extrémités des fuseaux rtent des rayons se dirigeant dans la substance cellulaire. La figure romatique est constituée par des substances colorables du noyau, s nucléoles et des filaments de charpente et parcourt pendant la vision une série régulière de formations.

D'abord, toute la substance chromatique prend la forme d'un filaent, qui traverse le noyau en spirales irrégulières et rapprochées; ndant que le filament se raccourcit peu à peu et devient plus épais, spirales deviennent moins nombreuses et le peloton, dans son ennble, devient plus relâché. Ensuite le filament se divise en fragments olés ou segments, qui probablement se séparent de bonne heure dans

le sens de leur longueur en deux moitiés symétriques (Flemming). Toutes ces différentes formations sont réunies sous la dénomination de peloton du noyau mère......

Le développement ultérieur se fait de la manière suivante : les segments de filaments se resserrent vers l'équateur du noyau et se groupent autour du centre du faisceau achromatique de filaments. Ils prennent en même temps la forme d'anses qui sont disposées de telle manière que leurs angles regardent le centre, c'est-à-dire le point central de l'axe de division, les extrémités libres des bouts des anses sont dirigées en dehors. Il en résulte que la figure prend un aspect étoilé. Flemming désigne donc cette période sous le nom de forme étoilée du noyau mère.....

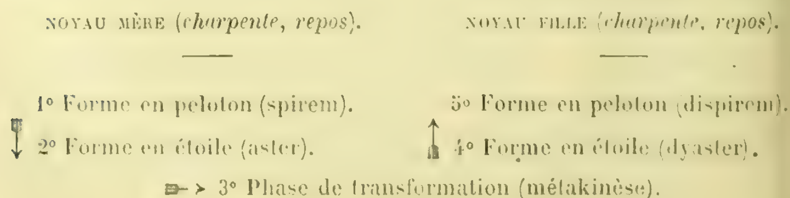
De la forme étoilée la figure chromatique passe, d'après Flemming, dans la phase de transformation ou plaque équatoriale ; ceci se produit de la manière suivante : les moitiés sœurs de chaque anse qui sont nées par suite de la fente longitudinale se disjoignent et l'une émigre vers un pôle et l'autre vers l'autre (pour plus de détails, voir Heuser).

Les deux moitiés de la plaque équatoriale se séparent donc l'une de l'autre en s'avançant vers les pôles... Ensuite l'extrémité polaire de chaque filament se recourbe en forme de crochet, tandis que la courbure antérieure disparaît. De cette manière, il se produit de nouveau des anses dont les côtés sont au début de longueur inégale, et dont les angles se tournent vers le pôle du fuseau nucléaire. Par suite de cette disposition, les deux moitiés de la figure chromatique prennent de nouveau la forme étoilée : pour cette raison, Flemming a désigné cette période sous le nom d'étoiles filles ou de la forme étoilée des noyaux filles.

Ensuite il se produit par connexion partielle des anses, des étoiles filles, des pelotons filles ou la forme en peloton des noyaux filles. De cette forme provient ensuite de nouveau la charpente du noyau au repos.

D'après cela, chaque noyau fille reproduit dans son développement en une série renversée, les périodes parcourues par le noyau mère.

Flemming donne le schème suivant des phases principales de la division des noyaux :



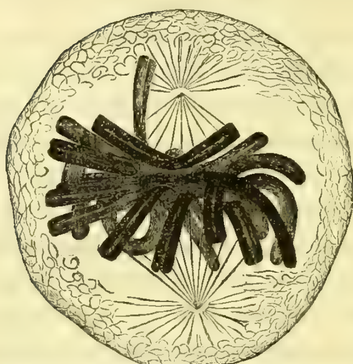
De ses études personnelles qui se rapportent principalement aux cellules des épithéliums et des glandes, il faudrait tout particulièrement noter comme ayant une importance générale la conviction de Rabl, que pour chaque espèce de cellules il existe, quant au nombre des anses primaires et de celles provenant de leur division une loi absolument fixe quant à leur nombre, par exemple vingt-quatre pour les cellules épidermiques du plancher buccal de la larve de la salamandre ; de plus, il faudrait indiquer que dans les cellules embryonnaires le nombre des anses est plus considérable que dans les tissus achevés; que Rabl et Strassburger considèrent comme cellule la substance cellulaire avec le noyau et qu'à ce dernier se trouvent liées les fonctions de nutrition et de reproduction; que chaque cellule posséderait un noyau ou du moins qu'elle en aurait eu un dans sa première période, et que toujours elle proviendrait d'une cellule à un seul noyau (d'après le mode de division qui a été décrit); que la masse filamenteuse serait réunie à des cellules voisines par des prolongements filamenteux, et finalement que Rabl, malgré la distinction, actuellement nécessaire, des parties constituantes des cellules et des noyaux dont il a été question, ne voudrait pourtant pas abandonner l'idée du protoplasma.

Les dessins graphiques suivants empruntés au travail de Rabl, des figures de la division des cellules, se rapportent à l'épithélium du plateau du plancher buccal et des feuillets branchiaux de la salamandre maculée; Rabl termine en exprimant sa reconnaissance à Flemming, auquel il a emprunté sa méthode de préparation.

On peut, dans toutes les formes actives de prolifération et de régénération de l'épiderme, apercevoir les figures karyokinésiques qui viennent d'être décrites, qu'elles appartiennent à des processus pathologiques ou à des irritations expérimentales (Giovanini), de même aussi dans les cellules des néoplasmes en voie de prolifération, par exemple du sarcome.

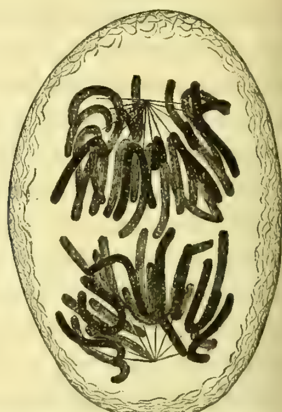
Les papilles ne participent pas seulement à cette prolifération par un apport plus considérable de plasma, mais aussi par le transport de cellules rondes et fusiformes (cellules migratrices), qui passent des papilles dans la couche muqueuse (Biesiadecki, Pagenstecher), comme on le voit figure 19. Mais cet état de nutrition plus intense conduit aussi à l'hyperplasie des papilles et, par conséquent, en règle générale, à un réseau muqueux hypertrophié correspond un corps papillaire augmenté de volume et histologiquement modifié. Mais, dans certains cas, l'hypertrophie de l'épiderme peut l'emporter d'une façon notable, surtout alors qu'une kératinisation trop rapide donne à la couche épidermique une épaisseur exagérée.

Figure 33.



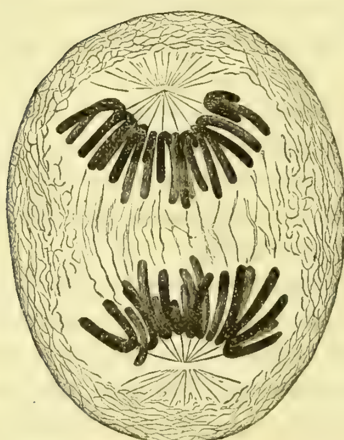
Période finale de l'étoile mère avec fente longitudinale distincte des anses.

Figure 34.



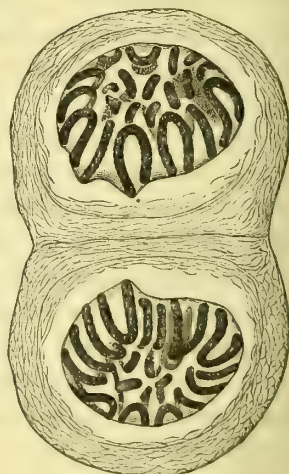
Première période des étoiles filles.

Figure 35.



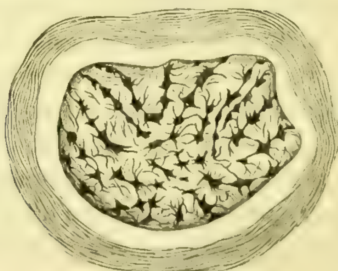
Deuxième période des étoiles filles.

Figure 36.



Peloton fille après la division complète du corps de la cellule.

Figure 37.



Peloton fille au repos.

Si, avec Lebert, on désigne sous le nom de kératoses toutes les affections qui se manifestent par un développement considérable de la couche épidermique, on peut diviser celles-ci en kératoses avec ou sans hypertrophie papillaire (caractérisée).

KÉRATOSES SANS HYPERTROPHIE PAPILLAIRE. — KÉRATOSES PURES.

Durillons, callosités, tyloma, tylosis. — Ce sont des épaississements circonscrits, superficiels du tissu épidermique, d'une coloration variant d'un blanc sale au jaune brun, d'aspect corné, de consistance dure, sèche, coriace ou cassante sur lesquels les lignes et les sillons normaux sont moins apparents et où la sensibilité tactile est émoussée. Détachée du reste de la peau, la callosité représente une plaque transparente, blanc jaunâtre, plane, concave ou un peu convexe sur ses deux faces, et paraissant homogène à la coupe. C'est au centre que l'épaisseur est la plus considérable (2 à 5 millim.); elle s'amincit sur les bords. Elle est formée par des couches de cellules cornées superposées, parallèles à la surface de la peau, et dont les plus profondes laissent reconnaître facilement un noyau. L'étendue, la forme, le siège des callosités dépendent de leur cause, laquelle est le plus souvent extérieure.

Callosités artificielles. — Elles sont occasionnées tantôt par une pression prolongée sur un même point de la peau comprimée contre une saillie osseuse sous-jacente; tantôt par l'action répétée d'acides minéraux, et, en général, de toutes les substances chimiques irritantes. Les callosités dues à des pressions se montrent surtout à la plante des pieds, au talon, et sont déterminées par des chaussures mal faites; ou bien aux points d'appui de bandages herniaires, de corsets, de ceinturons, plus souvent encore à la paume des mains : ce sont alors les callosités professionnelles. Leur étendue et leur siège dépendent, dans ces cas, des outils qui les ont provoquées; elles surviennent chez les menuisiers, par l'usage du rabot, aux plis du pouce et de l'index; chez les cordonniers, à la paume de la main et aux plis des articulations; elles présentent, en outre, des fentes transversales dues à la traction sur le ligneul; chez les mêmes ouvriers, on les observe sur la cuisse droite, par suite des coups de marteau destinés à battre le cuir, et sur les ischions, parce qu'ils sont constamment assis sur des tabourets en bois; chez les chapeliers, à l'éminence thénar, par l'habitude de rouler un cylindre avec les mains. Chez les tailleurs, l'usage du fer à repasser produit des callosités sur la paume de la main droite, celles qui se trouvent à l'extrémité de l'index gauche sont souvent couvertes de piqûres; chez les musiciens, la pression sur les cordes favorise le

développement de callosités au bout des doigts de la main gauche. Les callosités déterminées par la lessive se présentent à la paume de la main chez les domestiques; les acides minéraux en amènent aussi chez les ouvriers en métaux, les doreurs, les ouvriers qui travaillent au feu, etc. Il est donc aisé, d'après le siège de ces lésions, de reconnaître la profession de ceux qui les portent.

Les callosités mettent les parties sous-jacentes de la peau à l'abri des compressions trop violentes, comme celles qui sont déterminées par les outils, mais elles réduisent au minimum la sensibilité tactile; les personnes qui ont des doigts calleux, par exemple, ne peuvent plus travailler à un ouvrage fin et délicat. Quand elles s'étendent à une grande surface de la paume de la main, elles empêchent en outre l'extension des doigts; enfin elles incommodent par des crevasses douloureuses qui vont souvent jusqu'au chorion. Les parties recouvertes de callosités sont constamment hyperhémiées et disposées aux inflammations; les exanthèmes, la variole, le psoriasis, la gale, s'y développent avec plus d'intensité.

Lorsque la cause qui les a produites est écartée pendant longtemps, elles diminuent et disparaissent peu à peu. On peut donc, sur les mains d'un ouvrier, juger de son ardeur au travail. Souvent aussi, il se forme sous la callosité une inflammation très douloureuse, par suite de la tension de la peau, et une suppuration du chorion, qui peut aller jusqu'à soulever la callosité. Dans ces cas, il est utile d'inciser de bonne heure, pour échapper au danger d'une lymphangite, d'un érysipèle, et d'une gangrène atteignant les parties profondes.

Parfois aussi, on voit le tylosis se développer spontanément, par exemple au gland, à la paume de la main ou sur la face dorsale des doigts, chez des personnes qui ne font usage d'aucun outil pouvant comprimer ces parties, chez des employés, des personnes du monde. J'en ai vu se former en quelques mois, se propager, puis disparaître d'une manière spontanée au bout de trois ou quatre ans, plus souvent encore persister d'une manière durable.

Le diagnostic du tylosis n'est pas difficile, lorsque la callosité présente une surface lisse, se confondant sur les bords avec les parties voisines, ou lorsque sa forme et son siège trahissent sa cause extérieure (1). Mais quand elles sont crevassées et nettement limitées, les callosités de la paume des mains ou de la plante des pieds sont souvent difficiles à distinguer de l'eczéma, du psoriasis, de la gale, du lichen

---

(1) Sous le nom de *kératodermie symétrique des extrémités*, nous avons décrit dans les notes de la première édition de cette traduction, t. II, p. 92, note 1, une affection bien individualisée dont nous avons

ruber, de l'ichthyose de ces régions, ou de la syphilis palmaire et plantaire. Dans ces cas, il est nécessaire non seulement de chercher à reconnaître ou à éliminer les caractères spéciaux de ces diverses affections sur les points atteints, mais il faut encore examiner toutes

---

déposé les types dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les n°s 492, 560, 961, 1173, et à laquelle se rapportent les n°s 187, 484, 485, 486, 529, 1168, 1313, 1314, du même Musée.

Nous en reconnaissons quatre espèces définies :

a) La kératodermie symétrique des extrémités, *congénitale et héréditaire* , avec ou sans nævi coexistant sur d'autres points du corps.

Unna a très bien décrit et distrait de l'ichthyose, avec laquelle elle était, et elle est encore généralement confondue, cette variété, aujourd'hui individualisée, — Uber das Keratoma palm. et plant. hered., etc., *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 231.

Nous en avons déposé un type dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 961 : Le sujet avait sa mère, trois oncles maternels et deux sœurs atteints comme lui; trois frères étaient restés indemnes.

Aux pieds, toute la surface en contact avec le sol est kératosée; la limite avec les parties saines est marquée brusquement par une fine bordure érythémateuse.

Aux mains, la lésion occupe les faces palmaires dans leur entier, empiétant sur une partie seulement de la face dorsale des phalangines et des phalangettes. Les plis de la peau, exagérés, forment une mosaïque à petits éléments.

Les ongles sont sains ; les dents n'ont aucun caractère pathologique ; les cheveux sont abondants et normaux; il n'existe sur la peau du corps ni des membres aucun élément ichthyosique. La couche kératosée se colore fortement par toutes les poussières, et en nuances variables, avec la profession du malade.

La lésion gêne relativement les sujets dans certains travaux; mais nous avons vu un ouvrier, habile dans le bronze et l'orfèvrerie, exécuter malgré elle les travaux les plus délicats. Le travail excessif amène quelquefois de légères crises de dermite fissuraire, mais non les véritables poussées de la kératodermie commune symétrique.

b) La kératodermie *commune* symétrique des extrémités, qui se développe dans la seconde enfance, érythémateuse, irritable, peut-être en rapport avec quelque névrose centrale.

Bien que les lésions prédominent aux points de pression, leur développement se fait indépendamment de tout travail professionnel: la maladie procède par poussées, est plus accentuée en hiver, et subit des exacerbations plutôt que des rechutes, car elle est, en réalité, permanente. Il n'est pas douteux que le travail manuel aggrave et exaspère la kératose, mais on peut garder les malades pendant de longs mois en observation, et s'assurer que des exacerbations se produisent en dehors de tout travail; la plupart de ces sujets sont

les régions de la peau où les symptômes de ces maladies peuvent se présenter d'une façon plus distincte.

Cor, clavus, œil de perdrix. — Le cor est un épaississement de la couche cornée, analogue à la callosité, mais qui, au lieu de reposer simplement sur le réseau muqueux, présente à sa face inférieure un petit cône central qui s'enfonce dans la peau. Le cor, ainsi que sa pointe, est constitué par des cellules cornées superposées, entre lesquelles on trouve souvent de petits foyers hémorrhagiques.

Les cors étant dus, le plus souvent, aux pressions latérales des chaussures, on les trouve sur les saillies osseuses et sur les faces latérales des orteils, ainsi que sur toutes les saillies des os du pied. Par suite de pressions extérieures, la pointe du cor est serrée contre la peau, ce qui détermine de violentes douleurs; à la longue, le derme sous-jacent avec ses papilles est atrophié, les mailles du chorion peuvent même être écartées, traversées par le cône corné, pendant que les parties avoisinantes et les papilles s'enflamment, s'infiltrent et s'hypertrophient (Rokitansky).

Parfois, c'est tout à fait spontanément que se développent sur la paume des mains ou la plante des pieds un cor, ou, comme nous l'avons vu quelquefois, plusieurs cors; si bien que leurs surfaces se touchent et qu'ils forment une callosité étendue. Ils empêchent alors

---

hypernerveux, mobiles, et se soustraient à l'observation prolongée.

Les lésions hyperkératosiques sont disposées, par îlots, à la face palmaire de tous les doigts, au-devant de l'extrémité inférieure et antérieure des métacarpiens, au sommet de l'éminence thénar, et tout le long du bord cubital de la face palmaire de la main.

Sur chacun des îlots — V. pièce 492 *bis* — on remarque d'abord l'épaisseur considérable du revêtement corné dans tous les points atteints, puis l'hypertrophie des lignes papillaires normales, dont les séries élégantes ne sont interrompues que par les érosions, déchirures et fissures de cause externe.

Dans les intervalles, la peau est absolument normale, et se sépare des parties saines par une zone érythémateuse de 5 à 6 millimètres de largeur ; nulle trace de lésion eczémateuse à aucune période.

Sur tous les points où la couche cornée est enlevée, l'hypertrophie papillaire est manifeste, et de petites cônes cornés restent appendus aux grains papillaires.

La marche est pénible, non douloureuse ; nulle douleur spontanée en aucun point du corps ; pas de modifications des réflexes ; aucune altération de la sensibilité aux recherches les plus multipliées.

Aux mains, les mouvements de flexion et d'extension sont limités, à la fois par la douleur produite au niveau des rhagades, et en raison de l'obstacle mécanique constitué par l'épaisseur de la couche cornée.

La sécrétion sudorale n'est pas empêchée ; peut-être existe-t-il,

la marche et le travail manuel, déterminent des douleurs cuisantes, lancinantes, allant des pieds jusqu'au-dessus des genoux, et font souvent porter le diagnostic erroné de goutte, alors qu'un examen plus attentif aurait fait reconnaître la présence de cors.

Le traitement des callosités et des cors consiste à les ramollir, puis à les extirper. On parvient à les *attendrir* à l'aide de bains chauds, de fomentations locales, de cataplasmes, d'enveloppements dans des étoffes imperméables, de caoutchouc, de traumaticine (caoutchouc dissous dans du chloroforme), ou encore d'applications de savon vert, de cautérisations avec une solution de potasse (1 sur 2), d'acide acétique, d'acide citrique, ou enfin en ayant recours à un emplâtre simple (emplâtre de litharge), ou à l'emplâtre mercuriel, ou encore à l'emplâtre de savon et d'acide salicylique (10 à 20 0/0), à l'emplâtre de gutta-percha simple ou additionné de salicyl d'après Beiersdorf et Unna.

L'extirpation se fait avec le bistouri ou avec les ciseaux, puis on cautérise les vaisseaux saignants des papilles hypertrophiées. L'emploi

---

vers le soir, une hyperidrose de la peau dorsale des mains, surtout dans la région cubitale.

Les ongles sont incarnés avec aplatissement latéral de la phalangette.

La lésion est identique aux deux mains, un peu moins prononcée à la main droite.

Aux faces plantaires des orteils et sur les régions qui correspondent aux faces antérieure et inférieure des métartasiens marginaux, ainsi qu'au talon, on retrouve la kératose et l'exfoliation moins prononcées qu'aux mains, mais la zone congestive périphérique y est mieux dessinée.

c) La kératodermie des extrémités *en foyers* qui se développe en îlots isolés et multiples à la paume des mains, et à la plante du pied, en dehors de toute proportion avec le degré des pressions, et qui est, comme les précédentes, trophonévrotique à origine centrale. Elle a plusieurs variétés, dont l'une des plus remarquables a, pour foyers, les orifices sudoraux, distendus par des cônes cornés comédoniens à feuillets concentriques. — Voy. pièce 560 du Musée, déposée par nous en 1879.

d) La kératodermie *accidentelle* des extrémités, qui arrive à tout âge sous l'influence de pressions inusitées, mais qui ne se confond pas avec les callosités proprement dites.

Elle reste toujours partielle, et est curable ; on l'observe surtout chez les sujets qui, après avoir passé la plus grande partie de leur vie sans faire de travail manuel, s'adonnent, sur le tard, à la menuiserie, au jardinage, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

d'anneaux protecteurs en cuir, caoutchouc ou ouate ne peut avoir qu'une action prophylactique.

Corne cutanée (*cornu cutaneum*). — La corne est une excroissance de la peau qui, par sa configuration, sa couleur, sa consistance, présente la plus grande analogie avec la corne d'un animal. On en a observé de différentes formes, de diverses grandeurs : cylindriques, coniques, en massue, déprimées latéralement, à sillons longitudinaux et transversaux, tranchantes sur un bord, longues de quelques millimètres à 25 centimètres, crochues ou enroulées comme des cornes de bélier. Elles sont implantées par une large base, à la surface de la peau, ou plantées dans une cupule bien limitée, uniques ou multiples, parfois même très nombreuses, comme dans le cas de Baetge. On les trouve sur la tête, les paupières, le pavillon des oreilles, la pointe du nez, la lèvre, le gland (Hebra, Pick), le tronc et les membres, leur face antérieure ou postérieure. Elles se développent souvent dans un court espace de temps, et persistent de longues années; parfois elles tombent, pour se reproduire au même lieu. Quelquefois elles sont le point de départ d'un épithélioma. D'anciens observateurs (G. Simon) avaient cru y trouver une substance corticale, une substance médullaire et une trame spéciale, tubuleuse, formée de vaisseaux (Virchow). Mais il est prouvé que, si effectivement un groupe de papilles hypertrophiées à vaisseaux dilatés peut s'élever plus ou moins haut dans l'intérieur de la corne, celle-ci n'est cependant constituée que par des colonnes épidermiques soudées dans leur longueur et qui s'élèvent autour de ces groupes de papilles. Aussi, à la coupe, elles présentent un aspect différent, selon que, à leur partie inférieure, les papilles ont été comprises dans la section, ou que, plus haut, celles-ci manquent. Ces tiges isolées présentent souvent une disposition concentrique des cellules épidermiques, analogue à celle des éléments du cancroïde; ou bien, après dessiccation, une structure cellulaire. Si on détache la corne, on trouve d'ordinaire à sa base des enfoncements dans lesquels pénétraient les groupes de papilles hypertrophiées. Il est certain que la corne cutanée se développe au-dessus des papilles hyperplasiées, au-dessus des condylomes, comme dans le cas de Pick. Même lorsque la corne est située dans un enfoncement, comme dans un follicule dilaté ou même dans une cavité d'athérome, sa base est formée de prolongements papillaires (Rindfleisch), et le revêtement épithélial des glandes et des follicules concourt à la formation de la production épidermique. J'ai enlevé sur la paroi abdominale d'un jeune homme un grand nombre de ces excroissances, elles s'étaient développées en quelques semaines dans un kyste sébacé.

Les cornes sont donc réellement un groupe de verrues soudées l'une

à l'autre; et ce n'est pas leur mode de production, mais leur aspect seul qui présente quelque chose de bizarre. Lebert, Hessberg, Bergh, Wilson, Lozes, ont exposé cette question dans tous ses détails.

La corne cutanée est traitée par l'extirpation et la cautérisation des papilles de la surface d'implantation. Dans le sac de kystes sébacés, il faut les cautériser, les énucléer, ou tout simplement en exprimer le contenu.

L'étude des cornes nous conduit directement à celle des verrues ou kératoses avec hypertrophie des papilles.

KÉRATOSES AVEC HYPERTROPHIE DES PAPILLES

Verrue (*verruca*). — Scientifiquement, comme dans le langage vulgaire, on désigne sous le nom de verrues des excroissances cutanées rondes, rugueuses, papilliformes, congénitales souvent (v. *congénitale*), mais apparaissant d'ordinaire quelques mois seulement après la naissance. Les verrues pigmentées et recouvertes de poils constituent les nævi verruqueux et pigmentaires de forme, d'étendue, de siège variés; parfois elles suivent le trajet d'un nerf (*papillome névrotique*), — d'un seul côté sur quelques régions du corps ou, comme j'en ai rapporté un cas, réparties sur tout le corps et correspondant toujours au trajet des nerfs. Je me suis déjà expliqué sur ce dernier point (tome II, pag. 17) et j'ai dit que les nerfs n'ont rien à faire avec ces formations anormales (1).

La plupart des verrues ne se développent qu'à un âge plus avancé (v. *acquise*), et sont persistantes (v. *persistante*), ou caduques (v. *caduque*). La forme la plus fréquente est celle des verrues ordinaires (v. *vulgaire*); ce sont de petites excroissances cutanées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, planes (v. *plane*), ou hémisphériques, rugueuses, peu sensibles, blanc jaunâtre, à surface lisse (v. *glabre*), mamelonnée (*acrothymion*), crevassée ou fasciculée. Elles se produisent d'une façon lente ou rapide, subaiguë, et en plus ou moins grand nombre, sur les mains, les pieds, les oreilles, la face, le cuir chevelu d'individus encore jeunes, persistent pendant des mois et

---

(1) On ne saurait conserver au terme de « *verrue* » une acception aussi banale; les « verrues *congénitales* », pigmentées ou non, glabres ou pileuses, *ne sont pas* des verrues; ce sont des nævi *verruqueux*, ou verruciformes, qui diffèrent des verrues véritables aussi bien sous le rapport anatomique, que sous le rapport clinique, etc.

E. B. — A. D.

des années, et disparaissent de nouveau spontanément, ou se perpétuent indéfiniment.

Leur étiologie est inconnue et la croyance populaire à leur contagiosité n'a aucun fondement (1).

Verrue sénile. — Elle se présente sous forme d'une excroissance

---

(1) Les causes et la transmissibilité des verrues communes ne sont pas aussi incertaines que l'indique le texte courant; bien au contraire, les idées anciennes renaissent, appuyées sur des faits cliniques bien observés, et sur des recherches scientifiques nouvelles. Il existe, très probablement, un ou plusieurs agents microbiens qui exercent leur action irritative spécialement sur la couche épineuse de l'épiderme, les lésions du derme n'étant que secondaires, consécutives. Parmi les travaux récents, nous signalons celui de G. Kühnemann, Beitræge zur Anat. und Hist. d. Ver. vulg., *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, T. VIII, nº 8, et Contrib. to the anat. and histol. of. V. vulg., *The British Journ. of. Dermat.*, Vol. I, nº 11, 1889.

Faites dans le laboratoire de Schweninger sur un grand nombre de verrues, par biopsie ou par nécropsie, les recherches de Kühnemann établissent que les lésions essentielles sont *épidermiques*, les lésions dermiques restant peu accentuées et l'état papillaire occasionné principalement par la pénétration des colonnes de la couche épineuse dans le derme.

C'est la confirmation des opinions de Auspitz, de Unna, avec cette restriction que, contrairement à Auspitz et à H. Hebra, la verrue n'est pas considérée comme une simple hyperakanthose — prolifération de la couche épineuse — telle qu'elle existe dans le condylome acuminé et la verrue papilliforme.

L'évolution *paratypique* paraît à Kühnemann un phénomène tout à fait propre à la verrue : les cellules épineuses ne s'aplatissent pas dans le stratum granuleux, mais conservent à un degré plus ou moins accusé leur forme primitive, et se distinguent essentiellement des cellules du stratum granuleux normal par leur contenu kératohyalin. La kératohyaline existe en faible proportion, mais répartie uniformément, ou bien présente des variations considérables, de telle sorte qu'on la trouve en grande quantité au-dessus des colonnes interpapillaires, tandis qu'elle manque complètement au-dessus des papilles, où son absence entraîne selon la règle, conformément aux recherches de Unna, la conservation des noyaux dans la couche cornée correspondante, dont les cellules sont fusiformes.

Ces anomalies évolutives du stratum granuleux, et de la couche cornée, seraient caractéristiques de la verrue qui représente une parakératose ou une dyskératose — déviation du type de croissance, anomalie de kératinisation.

L'irritant externe, banal ou microbien, amène la prolifération des cellules du stratum denteIé, et secondairement l'hyperhémie dermique avec excès de nutrition.

Bactériologie de la verrue commune. — Dans un travail ultérieur. —

grande comme une lentille ou une pièce de 20 centimes, plane, finement granuleuse, brunâtre, et se développe au tronc, à la face, aux bras des personnes âgées. On peut facilement l'arracher avec l'ongle,

---

Bakteriologie der Verruca vulgaris. Vorlæufige Mitteilung *Monatsheft. f. prakt. Dermatologie*, tome IX, pag. 17 et suiv.). — KÜHNEMANN fait une étude très intéressante de la verrue commune :

La méthode employée a été celle de GRAM, modifiée par KÜHNE : coloration des coupes par une solution aqueuse alcalinisée de violet de gentiane (solution de carbonate d'ammonium à 1 p. 100), pendant au moins une demi-heure ; ensuite, lavage soigné dans de l'eau, traitement pendant trois minutes par la solution d'iode et d'iodure de potassium, lavage à l'eau, décoloration par une solution alcoolique de fluorescéine ; on enlève ensuite la fluorescéine en excès par l'alcool absolu, les huiles d'œillet et d'aniline, et on monte dans le xylol, le baume du Canada.

Les granulations de kératohyaline et la couche cornée prennent une coloration bleu noirâtre, les couches non kératinisées de l'épiderme et le derme une teinte jaune clair. Dans le stratum dentelé, on remarque, entre et dans les cellules, ainsi que dans les espaces lymphatiques, des bâtonnets dont la longueur ne dépasse jamais 1 μ 1/2 ; le rapport de l'épaisseur à la longueur est environ comme 1 est à 6. On les trouve quelquefois dans la couche cornée, rarement dons le derme voisin. Dans une verrue, l'auteur ne les a rencontrés que dans la couche germinative du stratum dentelé. Dans les verrues anciennes, les bâtonnets sont moins nombreux que dans celles qui sont récentes.

Ces bacilles se colorent en rouge clair, tandis que tous les autres micro-organismes prennent, par la méthode de Gram-Kühne, une teinte bleu foncé. Au point de vue de la coloration, ils se comportent comme les bacilles de la tuberculose ; il est donc bon de laisser les coupes au moins une demi-heure dans la solution.

Les cultures sur la gélatine et l'agar agar ont donné des résultats positifs et identiques pour toutes les verrues. L'examen microscopique a montré un bacille dont la forme correspond à celle de celui coloré dans le tissu ; il paraît seulement un peu plus gros ; il en est, d'ailleurs, ainsi pour la plupart des bactéries cultivées dans des cultures pures.

En ce qui concerne les inoculations de culture pure sur les animaux et l'homme, voir ci-après :

La présence constante de ces bacilles dans la couche épineuse des verrues explique bien leur production. Ils pénètrent par une petite fissure de la couche cornée sur les parties découvertes de la peau, exposées aux lésions extérieures, et trouvent dans le stratum dentelé un terrain favorable pour leur existence et leur propagation. Ils exercent, par une irritation purement mécanique ou par leurs sécrétion, une action irritante sur les cellules voisines, laquelle se traduit par la multiplication des noyaux et une prolifération cellulaire. La transformation des cellules épineuses en cellules granuleuses et cornées normales est aussi essentiellement modifiée.

Cette prolifération considérable constitue non seulement une réaction, mais encore une défense des cellules contre les micro-organismes : en s'avançant plus rapidement vers la surface cutanée, elles cherchent à les expulser.

Il est très vraisemblable que les bacilles, après un long séjour dans les cellules, ne trouvent plus les mêmes conditions favorables pour leur existence, ce qui expliquerait leur rareté dans toutes les verrues anciennes.

et, à la base, il reste un corps papillaire saignant, un peu hypertrophié (1).

Ainsi s'expliquent la disparition subite des verrues ainsi que leur naissance et leur évolution ultérieure, autrefois si énigmatiques.

Au congrès des naturalistes et des médecins allemands tenu à Heidelberg en 1889, Schweninger a donné le complément des recherches de Kühnemann.

Les cultures sur l'agar agar ont donné des colonies à coloration jaune verdâtre. Les verrues obtenues par inoculation n'ont pas encore été observées au microscope, mais l'examen des préparations rend dès aujourd'hui vraisemblable que ces verrues représentent véritablement des verrues vulgaires. Avec les cultures, on a fait dix inoculations sur quatre animaux (deux coqs sur la crête, et deux lapins à la patte), deux ont donné des résultats satisfaisants : quinze jours environ après l'inoculation, il est survenu des excroissances verruqueuses de la grosseur d'un grain de chènevis, légèrement aplaties, brunâtres.

Quant aux expériences sur l'homme elles, s'annoncent comme devant être suivies de résultats.

Ernest Besnier. — H. Doyon.

(1) Dans les notes de la première édition de cette traduction,— t. II, p. 96, note 1 — nous avons distingué deux formes de verrues suivant l'âge : les *verrues séniles* et les *verrues des jeunes gens*, dites « verrues de croissance », comprenant deux variétés, la *verrue commune* et la *verrue plane*, dernière forme sur laquelle nous avons appelé particulièrement l'attention, en la désignant sous le nom de *verrue plane juvénile.*

Quelques compléments ne seront pas inutiles sur les verrues aux différents âges : verrues juvéniles; verrues de l'adulte; verrues de la vieillesse.

1° *Verrues juvéniles.* — Les verrues des jeunes sujets se présentent sous plusieurs formes.

a) La *forme commune*, « *verrues de croissance* », verrues des mains, suffisamment décrite, soit dans le texte courant, soit dans les *notes*.

b) La *forme angiomateuse*, angiokératome de V. Mibelli — Di una nuova forma di cheratosi, angiocheratoma, *Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e d. pelle.* Fasc. III, Sett. 1889; verrues télangiectasiques, de Dubreuilh — *Ann. de la polycl. de Bordeaux*, janvier 1889; verrues caverneuses, vasculaires, télangiectasiques, næviformes, etc.

Dans le cas de Dubreuilh, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui portait sur la peau des mains, en état d'érythème pernio, des « saillies ayant l'aspect classique d'une verrue moyennement développée, à travers laquelle on voit, par transparence, des taches noires du volume d'une petite tête d'épingle... La lésion débute par des taches rouges, irrégulières, de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille.... Ces verrues persistent très longtemps sans que la malade puisse dire s'il en est qui disparaissent; mais, depuis plusieurs années

Les *végétations, condylomes acuminés, poireaux*, sont des excroissances filiformes, fendillées ou papilliformes, implantées sur une peau

---

qu'elles ont leur fait apparition, il s'en développe constamment de nouvelles. »

La malade de MIBELLI a quatorze ans ; elle porte sur le dos des mains de petites tumeurs du volume d'un grain de chènevis, globuleuses ou allongées, à surface rugueuse et quelquefois épineuse, de coloration variant du gris violet au rouge cuivre, s'effaçant complètement par la pression. Dans les intervalles, petites taches miliaires rouge cuivré, cornées, et disparaissant également par la pression. Développement très lent, en plusieurs années. A l'examen histologique, lésions complexes de kératose et d'angiome caverneux, avec dilatation des lacunes lymphatiques comme dans le fibrokératome de UNNA.

Ces lésions, par leur rapport avec l'asphyxie algide des extrémités, — *Er. pernio* — semblent être liées aux troubles circulatoires, la kératose étant secondaire, et, d'après l'observation de MIBELLI d'autant plus prononcée que le processus angiomateux est plus avancé.

c) Verrues planes. — Elles se distinguent des formes communes par leur dimension moindre, leur nombre généralement plus grand, leur surface plane, leur forme variable, arrondie ou polygonale, ou irrégulière. Elles présentent avec certains éléments de lichen plan une telle analogie, que la confusion est, dans quelques cas, faite, au moins pour un moment, même par des observateurs expérimentés, surtout sur le dos des mains et du poignet où leur surface est lisse, brillante, polie, tranchant à peine, parfois, sur la coloration normale de la peau.

On les observe, comme les précédentes, non seulement sur les mains, mais encore sur le visage quelquefois confluentes et généralisées, telles par exemple que les a représentées GEORGES THIN dans un très intéressant travail intitulé. — Au unuzual case of warty growths on the face, *in* Vol. LXIV of *the Med. chir. Transact.*, London, 1881 — sur le cuir chevelu, etc. Souvent, elles sont groupées par colonies sur les joues, sur les parties latérales du front, sur tout le front. Dans ces régions, elles prennent, en général, une teinte jaune chamois.

Habituellement, on les observe à la fois sur ces divers points et aux mains, où on les retrouve presque toujours, alors même que le sujet en ignore l'existence; quelquefois elles restent très longtemps discrètes, solitaires, latentes, puis se développent avec rapidité en peu de temps. — Voy. pour les observations publiées : G. THIN, *loc. sup. cit.*; THIBAULT, DARIER, *infr. cit.*; TENNESON, E. BESNIER, *Réun. clin. hebd. des méd. de Saint-Louis*, *in Ann. Dermat.*, 2ᵉ série, T. X, 1889, p. 22, et 200; GÉMY, Verrues confluentes des deux jambes, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2ᵉ série, T. X, 1889, p. 92.

L'anatomie des verrues planes a été faite avec soin, et figurée d'abord par G. THIN, *loc. sup. cit.*, et ensuite par DARIER — Verrues planes juvéniles de la face, *Ann. de Dermat.*, 2ᵉ série, T. IX, 1888, p. 617.

L'hypertrophie épidermodermique qui les constitue est-elle primitivement épidermique — Hyperakanthose d'AUSPITZ? — DARIER est porté

normale, non infiltrée, et qui doivent leur apparition à l'irritation produite par un écoulement blennorrhagique. Elles sont molles, succulentes, rouge vif, humides, quand elles siègent sur les muqueuses et là

à penser que « l'allongement des papilles, et l'accroissement en surface qui en résulte pour la couche génératrice, pourraient suffire à expliquer l'hypergenèse des cellules épidermiques dont le processus de kératinisation n'est, du reste, aucunement modifié ».

Sur la présence d'un élément parasitaire pathogène, — que l'observation clinique rend, à notre sens, certaine — Darier reste sur la réserve : ayant coloré par le bleu de méthylène ou la méthode de Gram, il n'a pas trouvé de parasites dans les éléments de la face. « On en trouve pourtant presque toujours, ajoute-t-il, sous forme de cocci ou de bacilles dans les verrues de la main, mais leur rôle pathogène n'est pas démontré. »

Ce sera pour plus tard ; mais provisoirement, l'auto-inoculabilité de ces verrues est cliniquement manifeste. — Voy. Gémy, *loc. sup. cit.*, relatant les observations démonstratives et minutieusement relevées de E. Vidal sur la « *verrue mère* » et sur les «*verrues filles.* »

2° *Verrues chez l'adulte ; Papillomes cornés.* — On peut rencontrer chez l'adulte toutes les espèces de verrues ; mais elles deviennent plus rares, s'étalent, prennent des formes irrégulières, se localisent aux extrémités des doigts, dans la zone péri-unguéale, deviennent juxta-unguéales, au pouce particulièrement, en décollant l'ongle par son bord libre, rendant le trouble fonctionnel plus accentué, et l'action curative plus laborieuse.

La production pathologique perd les formes régulières qu'elle a dans l'enfance ou dans la jeunesse, s'aplatit, se diffuse, et devient plus cornée ; souvent elle forme de véritables nappes hyperkératosiques — papillomes cornés, papillomes dits simples.

On les observe le plus souvent, non exclusivement, chez des hommes de peine, tonneliers, cordiers, ouvriers en paniers, laveurs de vaisselle, etc., aux mains, surtout au dos des doigts, autour des saillies articulaires, à la nuque, au cou-de-pied, aux régions fessières, etc. L'intervention des irritations externes dans leur production est incontestable ; mais l'allure générale de ces lésions n'est pas celle d'un processus irritatif simple et commun. Leur permanence, la fréquence de leurs récidives, les analogies qu'elles présentent avec les boutons endémiques, le tubercule anatomique, certaines formes de lupus, la tuberculose cutanée papillomateuse, verruqueuse, etc., nous portent à penser qu'un élément microbien doit intervenir dans leur production.

Les papillomes cornés forment à la surface de la peau des plaques ou plateaux surélevés, entourés d'une zone érythémateuse étroite ; leur surface est irrégulière, grenue, granuleuse, rude au toucher, non prurigineuse, présentant quelquefois, sous des actions diverses, de petits foyers phlegmasiques, des rhagades, des ulcérations.

Lorsque l'on a fait tomber, par les cataplasmes, ou par le savon, le

ù leur surface est constamment lubrifiée, comme à la vulve ou à la face iterne du prépuce; dures, sèches, quand l'épiderme qui les recouvre eut se racornir. Par suite d'une prolifération luxuriante, elles sont ouvent serrées les unes contre les autres autour de la couronne du land, sur le prépuce ; chez les femmes, à la vulve, sur la muqueuse aginale, le périnée, la muqueuse du rectum jusqu'au sphincter interne.

---

urtout corné des saillies rudes, que le malade d'ailleurs épluche souvent ui-même sans cesse, on reconnaît que la lésion est constituée par une gglomération d'éminences papilliformes qui ont pris, en se comprimant les unes les autres, les formes les plus variées, battants de cloche, hampignons, sommets acuminés simples ou bifides, chacune ayant un apuchon corné qui l'accompagne jusqu'à sa base, et tapisse tous les illons qui les séparent. Il est aisé de reconnaître qu'elles sont vasculaires, et quelques-unes apparaissent, à la loupe, comme de petits rains de grenade laissant voir une houppe vasculaire centrale à travers le corps muqueux transparent. Leur surface reste toujours en plateau plat, en plaque, ni excavée, ni bombée. La végétation papilliforme est peu exubérante, toujours maintenue par le revêtement corné ui, en quelques points, ressemble à l'état lichénoïde vulgaire.

Les pièces 414, 497, 844, 880, déposées par nous dans le Musée de hôpital Saint-Louis, présentent des types choisis de ces altérations, bservées sur des tonneliers, vanniers, hommes de peine, limonaliers, etc.

3° *Verrues séniles*. Très fréquentes à partir de cinquante ans, chez homme surtout; mais on les observe aussi chez la femme, et chez un comme chez l'autre quelquefois par anticipation avant cette période, et dès l'âge de quarante ans. Elles font réellement partie de a période de décadence de la peau, qui est la cause adjuvante essenielle de leur développement, que favorisent toutes les circonstances ui irritent le tégument, et l'absence de soins.

Leur siège de prédominance est la face antérieure et postérieure du ronc.

Elles sont *mixtes*, c'est-à-dire plan-acuminées, composées d'éléments associés, mais à surface aplatie, plus ou moins saillante, rrondie ou irrégulière. Coloration de la peau normale, ou jaune, aune verdâtre, jaune sale, noirâtre, noire. La plupart sont plus ou noins infiltrées de matière grasse, mais, en réalité, vivaces, proliférantes, résistantes, et c'est seulement la minorité, que l'ongle suffirait à arracher facilement. Les irritants de la peau, l'hyperstéatorrhée, facilitent leur développement; accidentellement, elles peuvent devenir, sur un point, le siège d'une production épithéliomateuse. Même en restant à l'état de simplicité élémentaire, elles peuvent prendre un développement considérable, comme dans le cas dont nous avons déposé un exemple au musée de l'hôpital Saint-Louis en 1889, sous le n° 1447. Pour le traitement des diverses espèces de verrues, voy. plus loin, note 3, p. 54 et suiv. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Bien que les condylomes naissent, sans aucun doute, par suite de l'irritation de la peau et des muqueuses, produite par un écoulement

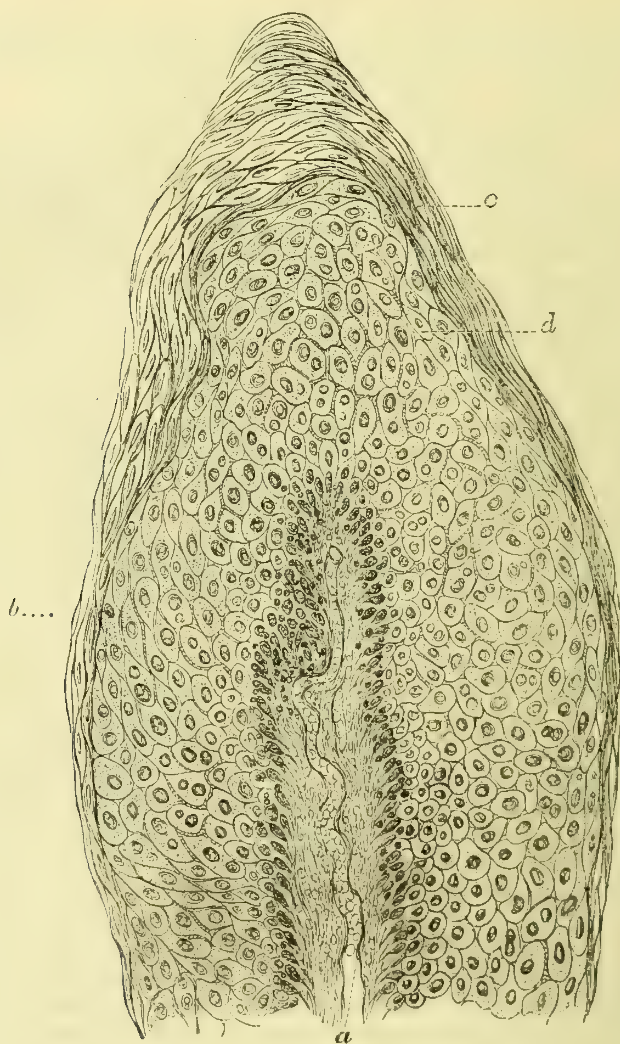


Fig. 38.

Coupe verticale du sommet d'un condylome acuminé.

a Papille avec une anse vasculaire. — *c* Couche cornée de l'épiderme. — *d* Réseau muqueux présentant un grand nombre de cellules épineuses à deux noyaux, en voie de prolifération, et parsemé au sommet *b* de cellules rondes qui proviendraient de l'infiltration cellulaire de la papille (cellules migratrices). Fort grossissement.

blennorrhagique, et qu'ils se propagent par contact sur les parties voisines de la peau, on n'a pu encore établir leur transmission directe

(c'est-à-dire en dehors de la blennorrhagie) d'une personne à une autre. Les expériences de Kranz sur ce point n'ont pas réussi, et l'observation de Zeissl de transmission par le coït n'exclut pas la communication simultanée de la blennorrhagie (1).

La constitution anatomique de toutes ces formes de verrues est la même : des anses vasculaires, simples ou ramifiées, remplissent en grande partie les papilles augmentées de volume ; au-dessus de celles-ci, le réseau muqueux est très abondant et en voie de prolifération (fig. 38). Là où le réseau est très développé et le processus de prolifération très actif et marche rapidement, comme dans les verrues acuminées qui ne sont pas encore kératinisées, on peut voir de très belles figures karyokinésiques de division des noyaux de cellules et à un grossissement modéré (Hartn. 8). Quand le réseau est très développé, il se produit encore dans les verrues sèches une couche cornée épaisse à la surface. Dans les papilles et le chorion avoisinant, on peut observer une infiltration cellulaire d'autant plus prononcée que la vitalité de la végétation est plus forte, et dont le résultat éloigné est la formation d'un tissu scléreux, qui donne ordinairement à la base des condylomes anciens l'aspect de tissu connectif dense, cicatriciel.

---

(1) *Les condylomes acuminés*, végétations, « choux-fleurs », etc., sont bien distincts des verrues communes, et de toutes les espèces de verrues, aussi bien par les caractères anatomiques que par les caractères cliniques ; c'est surtout à propos de la blennorrhagie et du virus vénérien que leur étude doit être faite.

C'est là où peut être utilement discutée la question de l'unité ou de la pluralité des éléments microbiens qui produisent cette prolifération si remarquablement et si typiquement uniforme.

A côté de ces condylomes vénériens, mais bien distincts par l'aspect, l'évolution, etc., se placent les *végétations de la grossesse*, que l'on rencontre à la vulve, aux aines, et jusqu'aux plis anogénitaux,

Variables de forme, planes, irrégulières, fongiformes, etc., elles atteignent quelquefois un assez grand développement. Leur durée est *éphémère*, et elles disparaissent, d'ordinaire, spontanément après l'accouchement. Leur production dépend de l'action d'un des éléments microbiens qui peuvent évoluer dans les sécrétions vaginales de la grossesse. Quant à l'exubérance de leur prolifération, elle dérive surtout du processus normal de l'hypergenèse propre à la grossesse. On le retrouve dans les condylomes *plats*, qui deviennent alors velvétiques, muriformes, au point d'acquérir quelquefois des proportions géantes comme dans le cas remarquable dont nous avons déposé le moulage au Musée de l'hôpital Saint-Louis en 1876, sous le n° 392, avec l'étiquette de *Plaques syphilitiques extraordinairement végétantes chez une femme enceinte, région de la nuque, et région dorsale.*

E. B. — A. D.

La constitution des verrues, dites filiformes, *pendulæ*, est toute différente. Ce sont de petits appendices filamenteux, ou en forme de petites masses pédiculées, mous, lisses, et recouverts d'un revêtement épidermique normal, qui apparaissent et persistent souvent en grand nombre sur la peau du cou, des paupières, de la poitrine, particulièrement chez les femmes. Ces verrues mollusciformes sont constituées par une petite masse de tissu connectif venant de la profondeur, poussant la peau devant elle, et contenant un vaisseau dans son pédicule ; elles se rapportent donc, d'après cela, au *molluscum fibreux*, qu'elles représentent en petit (1).

La signification du *molluscum verruqueux* (*contagieux*, *condylome sous-cutané*, etc.) a été élucidée plus haut (tome Ier, page 212 et suiv.) (2).

Les verrues pourront être détruites par l'énucléation, l'excision avec les ciseaux, la ligature, la cautérisation avec le perchlorure de fer, l'acide azotique fumant, l'acide acétique, l'acide orthoxyphénil sulfureux (sulfo-carbol), la pâte de soufre, la solution de Plenck (sublimé corrosif, alun, céruse, camphre, esprit-de-vin, vin acétique àà 5 gr.); l'emplâtre de mercure et d'arsenic (Unna).

On peut amener la dessiccation des végétations des muqueuses à l'aide du sous-acétate de plomb, de la poudre de sabine, de l'alun calciné, de la pâte de résorcine (résorcine 10 à 30, glycérine et vaseline àà 25) (3).

---

(1) Ces petites productions *mollusciformes*, très communes chez la femme d'âge moyen, à la région du cou, où elles se multiplient en nombre considérable, ont besoin d'une étude nouvelle pour recevoir une dénomination et un classement précis. Très peu vasculaires, elles sont aisément détruites par excision à l'aide d'un ciseau courbe à lames fines. E. B. — A. D.

(2) Voy. aussi les *notes des traducteurs*, T. I, p. 219 et suiv. E. B. — A. D.

(3) Le traitement des verrues, quelquefois très facile, est, dans d'autres circonstances, d'une très réelle difficulté en pratique, soit par la multiplicité des productions pathologiques, soit par la localisation, soit par l'indocilité ou la pusillanimité des patients.

Plusieurs médicaments internes ont été proposés pour guérir la verrue commune; le plus célèbre est la *magnésie décarbonatée*, prise régulièrement pendant quelques jours ou quelques semaines à la dose quotidienne de 1 à 5 ou 10 grammes. Des auteurs recommandables déclarent avoir obtenu, par ce moyen, la guérison complète de verrues communes multiples.

Nous avons, malgré notre incrédulité absolue, mis consciencieusement en pratique cette médication, et à plusieurs reprises, en expérimentation publique dans notre service d'hôpital. Dans aucun cas, nous n'avons obtenu aucune espèce d'action. C'est en vain que nous cher-

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

Il est une maladie qui, par son complexus symptomatologique spécial, occupe une place toute particulière parmi les kératoses : c'est l'ichthyose.

---

cherions à expliquer ces insuccès; il n'y a là aucune maladresse opératoire à invoquer contre nous; nous nous sommes assurés que la magnésie était de bonne qualité, et la médication suivie régulièrement.

Il est encore un point sur lequel nous avons été aussi malheureux dans nos résultats; nous voulons parler de cette proposition fréquemment renouvelée qu'en détruisant *une verrue seulement*, on voyait les autres disparaître. Jamais nous n'avons pu faire cette constatation.

Peut-être arrivera-t-on à comprendre ces faits contradictoires, si l'on veut bien remarquer que les verrues, en raison même de leur origine et de leur constitution, ne sont pas éternelles, qu'elles subissent *très souvent* des régressions *rapides* et qu'elles finissent *toujours* par disparaître, car on trouve dans l'âge adulte bien peu de traces des verrues communes de la jeunesse.

Il reste à examiner les moyens de détruire les verrues communes, les verrues planes, les verrues papillomateuses de l'adulte, les verrues planes de la vieillesse.

a) *Verrues communes.* On peut les détruire avec tous les acides caustiques, sous la seule réserve d'en limiter l'action à la verrue, et de n'employer que la quantité nécessaire. Pour limiter l'action, il est essentiel de préserver les parties saines alentour, en les enduisant préalablement de collodion, de traumatisme ou de préparations analogues plus parfaites, telles que les solutions que l'on trouve aujourd'hui dans l'industrie, et qui servent, entre autres usages, à faire les pellicules transparentes pour la photographie. On dépose ensuite, à l'aide d'un bâtonnet, une petite quantité de l'acide avec les précautions nécessaires pour éviter le coulage. — Ac. nitrique, ac. phénique déliquescent, ac. chromique fondant, ac. acétique cristallisant, nitrate acide de mercure, etc. — Dans les premières applications, il vaut mieux rester en deçà, qu'aller au delà, sauf à faire une ou plusieurs nouvelles cautérisations.

Le crayon de nitrate d'argent appliqué, à plusieurs reprises, à la surface des verrues convenablement décapées, soit par abrasion aux ciseaux, soit par l'application préalable de collodion salicylé ou résorciné à saturation, constitue un moyen un peu lent, mais facile et inoffensif.

Si ces moyens ne sont pas suffisants, on peut facilement détruire les verrues par la cautérisation ponctuée interstitielle à l'aide des pointes fines du thermocautère, et mieux de l'électrocautère. Le point à cautériser peut être facilement insensibilisé, à l'aide de quelques gouttes de chlorure de méthyle.

ICHTHYOSE, FISCHSCHUPPENKRANKHEIT

L'ichthyose est une affection qui, développée dès la plus tendre enfance, persiste d'ordinaire toute la vie, et dans laquelle la peau, rugueuse et sèche, est recouverte de fines écailles, de squames, ou de lames épidermiques épaisses, ou encore de saillies cornées.

La forme la plus élémentaire de la maladie — ichthyose simple, — a un caractère typique avec divers degrés d'intensité. Son siège est tout à fait celui du prurigo, c'est-à-dire qu'elle se manifeste sur les membres du côté de l'extension ; ainsi elle aura, du bras à la jambe, une intensité

Quelques précautions consécutives doivent être prises pour les verrues anciennes, dont les colonnes épidermiques ont pénétré profondément dans le derme; pour les verrues péri-unguéales et sous-unguéales; par tous les procédés employés dans ces cas particuliers, il peut se développer une dermite périphérique assez vive.

Pour les papillomes proprement dits, après avoir ramolli et éliminé le surtout corné par le savon salicylé, leur guérison peut être obtenue rapidement par la rugination à la curette, après congélation et insensibilisation par le chlorure de méthyle appliqué au pinceau.

Pansement consécutif antiseptique. Deuxième rugination, ou rectification, à l'aide de l'électrocautère, des points de la cicatrice qui seraient incomplets ou défectueux.

b) *Verrues planes juvéniles.* Pour les verrues isolées, sur les mains, mêmes moyens que ci-dessus. Sur la face et sur les mains, quand elles se présentent en colonies confluentes, on est obligé d'avoir recours aux pommades et aux emplâtres de savon mou de potasse, au naphtol camphré, résorciné et salicylé de 1 à 10 p. 100, dont l'emploi est renouvelé jusqu'à résultat suffisant, avec des intervalles de repos quand les applications exfoliatives ont déterminé une irritation trop vive.

c) *Verrues séniles.* Lorsqu'elles sont très multipliées, et qu'elles sont anciennes, étalées, la curation est vraiment laborieuse, à cause de la multiplicité des verrues à détruire ; peu de malades heureusement la réclament; ces productions les incommodent fort peu, et rarement au point de les engager à réclamer une intervention active. Quand on n'a pas pu les réduire à l'aide des frictions de savon résorciné, camphré et salicylé, ou des emplâtres de même composition, la rugination à la curette, suivie de cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, constitue un moyen de cure radicale.

Tous les moyens que nous venons d'indiquer s'appliquent particulièrement aux verrues proprement dites et aux papillomes simples, et non aux affections réunies à tort dans le même chapitre, telles que condylomes acuminés, verrues molluscoïdes, nævi verruciformes, etc., dont la médication, variable dans ces divers cas, doit être reportée à sa place naturelle.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

variable, tandis qu'au creux poplité, au pli de l'aine, au pli du coude, au creux axillaire, la peau sera tout à fait normale, lisse, sudorale (1).

Dans la forme la plus légère, le bras et la cuisse sont, du côté de l'extension, recouverts de petites saillies, grosses comme une tête d'épingle, d'un rouge pâle, présentant à leur centre une squame qui, lorsqu'on l'arrache, laisse à nu un poil grêle et enroulé sur lui-même. Ces élevures donnent à la peau un aspect rude, rugueux, que le toucher perçoit également; elles représentent l'affection désignée sous le nom de lichen pilaire (2). On trouve cet état à un faible degré sur le côté externe du bras et de la cuisse chez tout homme, surtout à l'époque de la puberté, lorsque les poils lanugineux commencent à pousser d'une façon plus énergique. Dans l'ichthyose, le lichen pilaire (3) date de l'enfance et occupe, outre les membres, tout le tronc, de façon à donner constamment à la peau l'aspect de la chair de poule. J'ai quelquefois vu sur le cuir chevelu, chez des enfants de cinq à dix ans, un lichen pilaire (4) de ce genre, qui existait depuis la naissance et avait pour conséquence un faible développement de cheveux lanugineux ténus et cassants. L'affection que T. Fox a décrite, d'après un cas qu'il a observé, sous le nom de *cacotrophia folliculorum*, paraît être ce dont nous parlons ici (5).

Une forme plus fréquente est celle où la surface cutanée des mem-

---

(1) Il n'est pas inutile d'ajouter que, dans les cas d'ichthyose intense, cette surface de réserve se restreint considérablement, et n'existe plus qu'à la région centrale des grands plis articulaires.

E. B. — A. D.

(2) (3) (4) Nous avons déjà fait remarquer, dans la 1re édition de cette traduction, que le terme de « *lichen pilaire* » n'était pas acceptable ici, et qu'il est contraire aux principes de nosologie de dire que le « lichen pilaire » est la *lésion* d'une *autre* maladie que le lichen.

De deux choses l'une, les lésions ainsi désignées appartiennent à l'ichthyose, ou au lichen; si elles appartiennent à l'ichthyose, elles doivent être appelées *ichthyose* et non *lichen*. Or, comme elles représentent des kératoses du canal pilaire, sans aucune prolifération dermique primitive qui puisse les constituer à l'état de lichen *vrai*, elles appartiennent à l'ichthyose et non au lichen.

L'auteur nous a d'ailleurs récemment donné raison, d'une manière implicite, en parlant accessoirement de cette affection au Congrès de Paris en 1889, dans sa communication sur le lichen, et en la désignant sous le nom de *Keratosis follicularis* —Voy. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1889.

E. B. — A. D.

(5) Voy. plus loin, p. 69, *Appendice des Traducteurs*.

E. B. — A. D.

bres est recouverte de lames épidermiques polygonales, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes, blanc sale, ou grisâtres, adhérentes au centre ou même déprimées (*I. scutulata*, Schönlein), soulevées sur leurs bords, d'une transparence nacrée, et qui, faisant ressortir davantage les lignes et les sillons de la peau, donnent à celle-ci un aspect réticulé caractéristique, — *I. nacrée* (Alibert), *nitida* (1).

Un degré plus élevé de la maladie constitue ce que l'on a appelé *I. serpentine* (2). Dans cette forme, les parties sus-memtionnées, ainsi que l'abdomen et le dos, présentent un aspect jaune grisâtre, sale, comme si elles n'avaient pas été lavées depuis longtemps, et sont recouvertes de squames épidermiques épaisses, tandis que sur les genoux et les coudes se trouvent de petites éminences sèches, verruqueuses.

Sur tous ces points, la peau est rude, sèche, la sécrétion sudorale est tarie; en passant la paume de la main à sa surface on détermine un bruit de frottement rude; et par le grattage avec les ongles, on détache une poussière épidermique blanche. Toutefois, on n'observe pas dans l'ichthyose une véritable desquamation, comme dans le psoriasis.

La peau de la face et du cou présente également des taches grises, sèches, squameuses; le cuir chevelu est furfuracé (pityriasis), recouvert de poils minces, mais rudes. Les ongles sont souvent durs et cassants.

D'ordinaire, la paume des mains et la plante des pieds sont indemnes, mais il est des cas où ces points aussi, ou même exclusivement, sont recouverts pendant toute la vie d'un épiderme calleux et d'excroissances cornées (*I. locale*). Comme ceci est connu depuis longtemps, il faut s'étonner que certains auteurs aient signalé ces lésions comme des formations spéciales et leur aient donné un nom particulier (Unna). De même, la paume des mains et la plante des pieds sont d'ordinaire atteintes lorsque la maladie est à son apogée (3).

Ce degré, le plus avancé de l'affection, est désigné sous le nom d'*ichthyose hystrix* ou *hystricisme* (4).

---

(1) (2) (3) (4) Il est surtout utile de diviser l'ichthyose en trois degrés, légère, moyenne et intense.

La forme *légère*, ichthyose furfuracée, est, chez tous les sujets, la forme des premiers mois, ou des premières années.

La forme *moyenne*, celle qui correspond à l'ichthyose nacrée, scutulée, serpentine, comporte plusieurs degrés : lorsqu'elle est vraiment constituée, l'affection est déjà ancienne, le pannicule adipeux atrophié, le surtout épidermique exubérant pour le derme, et formant des plis. Lorsque cette disposition est très accentuée, la peau prend, surtout autour des jointures, l'aspect de la peau de crapaud, de la peau

Dans ces cas, outre les manifestations de l'ichthyose simple, on trouve à la paume des mains et à la plante des pieds des callosités épaisses, diffuses, en forme de têtes de clous, mais surtout, et c'est ce qui les caractérise, des verrues cornées nombreuses, confluentes, suivant souvent le trajet des nerfs, de sorte que je ne fais aucune difficulté de considérer l'affection dans son ensemble comme un papillome occupant le corps tout entier et cela d'autant plus que cet état s'accompagne de pigmentoses. Nous avons vu, chez un malade, le corps divisé sur la ligne médiane, du front à la symphyse, et de l'occiput au coccyx, par une ligne pigmentaire brune ; des traînées semblables suivaient le trajet des nerfs cutanés des membres, et étaient garnies de chaque côté de verrues papillaires ayant jusqu'à un centimètre de hauteur.

---

de serpent. Nous avons déposé, en 1878, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 449, un type de cette variété d'ichthyose dans lequel la peau, noire à la fois par les poussières que forme la couche cornée, et par l'hyperpigmentation du réseau, présente des plis exagérés en même temps qu'elle est hérissée d'excroissances verruciformes.

Dans la forme *intense*, *ichthyose hyperkératosique*, il faut arriver aux grands sauriens pour trouver des termes de comparaison du même ordre que les précédents : *Sauriasis* de Wilson, *Saurodermie* de Lailler. La pièce 930 du Musée de l'hôpital Saint-Louis, que nous y avons déposée en 1883, représente le type le plus extraordinaire de cette forme :

Homme de vingt-quatre ans. Alopécie avancée du cuir chevelu ; presque pas de sourcils ni de barbe ; pas de cils, ectropion double.

Sur le tronc et sur les membres, la peau représente une véritable carapace noirâtre dure, ligneuse, absolument semblable à celle des plus grossiers crocodiliens. La couche *cornée* desquamable a 6 millimètres d'épaisseur ; elle est divisée en larges îlots cornés rectangulaires ou losangiques, selon les régions, et séparés par des sillons profonds ; ces compartiments peuvent être en quelques points détachés par effraction en produisant une légère douleur. Le lambeau enlevé est villeux par sa face profonde en raison des filaments épithéliaux arrachés des orifices folliculaires, lesquels se présentent au-dessous, dilatés, sur un revêtement épithélial rosé et succulent.

Les lésions arrivent jusqu'au centre même des grands plis, mais y laissent, cependant, une réserve ; sur le dos des mains et des pieds, les lésions sont celles de l'ichthyose commune. Les ongles sont secs et cassants, sans lunule. La paume des mains est celle d'un ouvrier ; la plante des pieds, plus kératosée que la moyenne. Les organes génitaux presque indemnes — simple desquamation fine. — Alopécie complète aux aisselles ; très avancée au pubis, complète sur le reste du corps. Sudation appréciable seulement aux surfaces de réserve. Nulle lésion viscérale. Urine normale. Pas d'hérédité.

Les surfaces atteintes par l'ichthyose peuvent être, quelquefois, assez peu étendues pour que la maladie puisse être dite *locale* ; mais ce que l'auteur, et la plupart des auteurs, appellent « *ichthyose locale* »,

Dans les cas reproduits dans l'atlas de Hebra, ces verrues suivent, comme le zoster, le trajet des nerfs intercostaux.

Chez une jeune fille que j'ai présentée en 1885 à la Société des médecins de Vienne, on voyait également une expansion générale et une disposition en forme de raies des verrues et qui avaient occasionné momentanément des inflammations locales, des exfoliations épidermiques abondantes subaiguës, de sorte que des médecins peu expérimentés croyaient avoir affaire à un psoriasis ou à de l'eczéma. De semblables manifestations inflammatoires aiguës, qui peuvent même avoir pour conséquence une exsudation eczémateuse, ont, dans deux autres cas soumis à mon observation, dans lesquels les verrues se trouvaient le long du nerf ischiatique et du nerf crural, éveillé chez quelques collègues la pensée que ces mêmes verrues s'étaient développées à l'état aigu. On doit également interpréter de la même manière le cas d'eczéma survenu le long du nerf saphène inférieur et dont Frank Scheuber a publié l'observation. Des faits analogues, c'est-à-dire des papillomes généralisés, comme ceux que j'ai cités, ont été communiqués par E. Besnier et par Galliard (1).

---

n'est pas de l'ichthyose *vraie*, et n'est appelé « ichthyose » que du fait du vice terminologique qui consiste à appliquer, abusivement, le nom d'une *maladie* classée, à laquelle il appartient exclusivement, à des *lésions* diverses, plus ou moins grossièrement analogues à la lésion de la maladie ichthyose, kératoses palmaires spéciales, nævi verruqueux, kératoses linéaires systématisées, etc.

La *main des ichthyosiques* n'a rien d'absolu, et elle varie selon les cas et selon les degrés; elle varie encore selon l'âge, le sexe, la saison, la profession des sujets; mais il est bien rare qu'elle soit normale. A la paume, on ne trouve pas la kératolyse qui existe sur les autres régions du tégument. La sudation, surtout dans la saison chaude, s'y retrouve comme aux points de réserve; mais, à l'ordinaire, la *main ichthyosique* est rude au toucher, sèche à la « *poignée de main* », présentant, à la vue, les plis longitudinaux exagérés.

Aubert — *Annales de Dermat.* 1re série, T. IX, p. 365, 1877-1878 — a signalé chez *quelques* ichthyosiques, dans les surfaces de réserve, une *hyperidrose* locale, mais on ne saurait en conclure que la paume des mains est régulièrement, dans l'ichthyose, le siège d'une hyperidrose « *supplémentaire* ».

E. B. — A. D.

(1) Tous ces faits appartiennent aux *nævi kératosiques, systématisés, hémiplégiques* — notre Musée en contient de belles reproductions, nos 798, 845, 976, 1168, 1204, 1381, etc. — dont I. Neumann a publié, sous son véritable nom, une très belle observation — Voy. Ueber nævus papillaris, etc., in *Iahrb. f. Pädiatrik*, 1877, II.

Dans les cas de ce genre, les lésions sont congénitales; elles repré-

La marche des symptômes de l'ichthyose présente peu de variété. Dans l'ichthyose hystrix, il se peut que spontanément, ou sous l'influence d'exsudations locales, comme cela a été indiqué, les grosses squames épidermiques tombent; on a même observé des cas où une décortication complète donnait lieu à une sorte de « mue », mais les squames se reforment. Dans un cas, Hebra a vu, après une variole grave, une décrustation complète et une guérison durable (1). Dans les formes de l'ichthyose simple, les échanges nutritifs sont aussi considérablement ralentis; toutefois, le tableau symptomatique de la maladie peut changer par l'apparition d'un eczéma au niveau des points malades, comme dans les endroits sains. Cette dernière complication est surtout déterminée par le grattage que provoquent les démangeaisons qui accompagnent toujours l'ichthyose simple (2).

L'examen anatomique et chimique de la peau dans l'ichthyose et de ses produits (épidermiques) de sécrétion, que bien des observateurs ont tenté pour pénétrer la nature de la maladie, n'a donné jusqu'ici aucun résultat. Bien qu'on ait constaté de bonne heure l'hypertrophie

---

sentent des NÆVI, et non l'ichthyose, qui est un vice d'évolution kératosique dont le DÉBUT apparent est POSTÉRIEUR au sixième mois après la naissance. Les nævi ont un sort ultérieur *variable:* quelques-uns restent stationnaires, d'autres croissent, d'autres décroissent; l'ichthyose est régulièrement progressive, etc.

C'est bien aux nævi, et non à l'ichthyose, qu'appartient le fait le plus récemment publié, sous le nom d' « *ichthyose linéaire* », dans un travail très intéressant, par AUG. KOREN — *Ichthyosis linearis neuropathica* (Foredrag i det medicinske Selskab den 24 de April, 1889, med Lithographi), *Sep. Afr. atf N. Mag. f. Læger.* n° 9, Kristiania, 1889. — L'auteur n'a pas adopté le diagnostic de nævus, parce que les altérations auraient *diminué* depuis la naissance, et parce qu'il pense que les nævi croissent avec les années. Mais, outre que cette règle ne saurait être absolue, la première qualité pour une lésion à qualifier de nævus est d'être développée *au moment de la naissance;* or, les lésions du petit malade de KOREN étaient bien développées au moment où l'enfant est né.

Il serait facile d'invoquer les différences anatomiques, l'absence d'ichthyose dans les familles où naissent ces enfants, etc.; mais cette discussion serait superflue.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Dans ce cas, il s'agissait certainement d'une pseudo-ichthyose, car les lésions atrophiques de l'ichthyose ne peuvent être *réparées*, fût-ce par une variole. E. B. — A. D.

(2) Voy., comme complément, le remarquable article ICHTHYOSE de G. THIBIERGE dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* E. B. — A. D.

de l'épiderme et des papilles (Rokitansky, Baerensprung, G. Simon), on a cherché à expliquer par une desquamation trop lente des cellules cornées la formation des grosses plaques d'ichthyose, et on a cru en trouver la cause soit dans une adhérence plus intime des cellules épidermiques déterminée par une sécrétion glandulaire altérée (Büchner), soit dans une dégénérescence graisseuse (Schabel), ou dans l'existence



Fig. 39.

Ichthyose hystrix. — Coupe verticale (faible grossissement).

a masses formées par des cellules cornées. — *b* cônes de la couche muqueuse. — *c* papilles infiltrées de cellules, augmentées de volume avec leurs vaisseaux dilatés *d*. — *e* chorion à tissu connectif dense, présentant la section de nombreux vaisseaux.

de principes chimiques spéciaux contenus dans l'épiderme (Schlossberger, Franz Simon, Marchand).

Dans l'ichthyose hystrix, on trouve, comme dans les verrues anciennes, des papilles considérablement allongées, au-dessus desquelles s'élèvent en cônes épais les couches cornées. La disposition spéciale de ces cônes, analogue à celle du bulbe de l'oignon, la coloration différente des diverses couches, la formation de loges dans leurs intervalles,

tout cela tient évidemment à ce que les masses épidermiques s'exfolient trop longtemps.

La préparation anatomique ci-dessus (fig. 39) nous montre les vaisseaux dilatés, une infiltration cellulaire considérable dans les papilles et dans le chorion, avec sclérose du tissu connectif, tandis que les glandes et les follicules pileux sont normaux en quelques points; sur d'autres, la transformation cornée excessive se continue jusque dans la gaine de la racine des poils.

Dans l'ichthyose nacrée et serpentine, on trouve les mêmes altérations. Cependant, sur des lambeaux de peau de la jambe atteints de ces variétés d'ichthyose et présentant les squames minces, caractéristiques, je n'ai pu trouver d'hypertrophie ni des papilles, ni de l'épiderme; je n'en ai vu que sur les points qui présentaient des squames plus considérables, ou même des verrues, au-dessus du genou, par exemple. A côté de cela, on constate partout un amoindrissement du pannicule adipeux. Mais ce qui m'a frappé dans l'ichthyose simple, comme dans l'ichthyose hystrix, c'est une transition brusque entre les cellules du réseau muqueux et les couches cornées, et l'abondance dans ces dernières de la substance cimentante (Kittsubstanz). C'est ce qui explique, à mon avis, d'une part la minceur relative de la couche muqueuse par rapport au développement exagéré de la couche cornée, et de l'autre, la persistance sur place de ces cellules cornées. Cela est plus apparent encore dans l'ichthyose hystrix. Car, tandis que, dans les autres kératoses papillaires, à une couche cornée considérable répond un réseau muqueux plus abondant et plus vivace encore, comme dans les verrues acuminées (fig. 38) ; dans l'ichthyose hystrix (fig. 39), une couche cornée énorme est superposée à une couche muqueuse mince, pauvre en sucs, atonique et presque atrophiée (1).

La cause de l'ichthyose paraît être dans une anomalie locale de nutrition de la peau, surtout de la substance épidermique et graisseuse. Elle est congénitale et héréditaire. Toutefois, les manifestations de l'ichthyose n'apparaissent que dans le cours de la seconde année; on ne les observe que très rarement chez les nouveau-nés, comme je l'ai

---

(1) L'anatomie de la peau ichthyosique, adultérée par la confusion, sous le même nom d'ichthyose, de *lésions* et d'*affections* différentes, est à refaire entièrement, à l'abri de ces causes d'erreur.

Toutefois, on peut être assuré que les lésions essentielles, et primitives, sont *épidermiques* et *hyperkératosiques*, et que *toutes* les autres altérations sont *consécutives* et *secondaires*. Cette constatation a une grande importance, non seulement pour la conception de la maladie, mais, comme nous le dirons plus loin, au point de vue des indications de la thérapeutique. E. B. — A. D.

vu une fois et comme Caspary, Tommasoli, G. Behrend, etc., l'ont aussi constaté.

Ce que l'on a appelé *ichthyose congénitale* n'est qu'une incrustation par des masses de sébum (*cutis testacea*), que l'on observe chez les nouveau-nés; c'est un état passager et curable que l'on appellerait avec plus de raison *ichthyose sébacée* (tome I[er], page 194) (1).

Ce qui n'empêche pas que les monstres absolument incapables de vivre, avec absence congénitale des yeux, des oreilles et des régions dermiques correspondantes, dont le cas de Steinhausen (tome I[er], page 194) est le premier exemple et le prototype, et dont les cas de Kyber (kératome diffus intra-utérin) et de Hans Hebra sont des analogues, ne puissent cependant être rangés dans l'ichthyose fœtale ou intra-utérine. En effet, Caspary soutient cette opinion dans un travail très autorisé, après que Lang et d'autres auteurs (Thost, Stühlinger) ont fourni dans deux observations des données sur lesquelles on peut s'appuyer pour prouver qu'il y aurait sous ce rapport diverses formes de transition suivant le degré, l'étendue et le développement fœtal, — début de cette anomalie. L'ichthyose hystrix est celle de toutes qui, comme on l'a déjà démontré, appartient le moins à l'ichthyose propre; cependant, un cas d'hystricisme avec séborrhée généralisée de de Amicis prouve que là également il n'est pas toujours possible d'établir une distinction rigoureuse entre cette affection et la séborrhée généralisée.

L'hérédité de l'ichthyose est manifeste dans beaucoup de cas. Ou bien tous les enfants d'un individu atteint d'ichthyose présentent la même affection, ou bien quelques-uns seulement d'entre eux en sont affectés; parfois ceux du même sexe ou du sexe différent, Nous avons connu une femme atteinte d'ichthyose, dont les cinq fils étaient atteints tandis que ses trois filles en étaient exemptes. D'autres fois, l'affection épargne une génération pour reparaître dans la descendance directe ou

(1) Sous le nom d'*ichthyose fœtale*, *intra-utérine*, *congénitale*, il faut entendre un *kératome malin généralisé intra-utérin*, qui constitue l'enfant naissant à l'état de *monstre*, dont la viabilité ne dépasse pas quelques heures ou quelques jours. Indépendamment des altérations cutanées de kératose fissuraire, dont aucune description ne peut représenter la réalité, il existe des fissures crâniennes, des déformations des orifices, un ectropion absolu, des altérations profondes du nez et des oreilles, etc.

Ne pouvant ici, faute de place, donner la description entière de cet état pathologique dont la nature est litigieuse, nous renvoyons le lecteur à l'article Ichthyose du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, auquel Thibierge a annexé une excellente description de l'ichthyose fœtale, et réuni tous les documents que la science possède actuellement. E. B. — A. D.

dans une ligne collatérale. Cependant, on ne retrouve pas toujours l'hérédité, et l'on cite, comme exemple, la famille Lambert (le père et ses deux fils), qui, atteinte d'ichthyosis hystrix, a acquis une certaine renommée dans le siècle dernier, comme « hommes porcs-épics », et dont la description et le dessin ont été donnés par Ludwig et Tilesius (1).

Le sexe, la profession, le genre de vie, le manque de soins pendant le jeune âge, et d'autres conditions générales semblent n'avoir aucune influence étiologique.

A côté de cette ichthyose idiopathique, on en a décrit une autre, consécutive, et l'on désigne sous ce nom l'hypertrophie épidermique et papillaire, et la pachydermie, qui surviennent à la suite d'inflammations chroniques de la peau, de néoplasies, surtout à la jambe. Ésoff a même rapporté à l'ichthyose la description anatomique d'un lambeau de peau présentant cette altération. Je crois qu'il est préférable de rattacher cette forme à l'éléphantiasis des Arabes, et de réserver le nom d'ichthyose à la maladie congénitale, idiopathique, nettement caractérisée par son siège et ses lésions, que nous avons décrite plus haut (2).

---

(1) L'ichthyose *peut* être héréditaire; elle ne l'est pas *nécessairement*, et elle ne l'est pas, dans la famille, à un degré croissant avec les générations; l'irrégularité du rapport apparaît à son type dans le fait connu des deux jumeaux, dont l'un est ichthyosique, l'autre non. On voit souvent tous les enfants d'une famille être plus ou moins ichthyosiques, mais la règle n'est pas absolue; d'ailleurs dans ces cas, l'ichthyose de la plupart est légère. Cette hérédité est, aujourd'hui, moins importante à considérer dans les questions de mariage, car un enfant ichthyosique, convenablement traité dès l'apparition de la dystrophie, peut être considérablement amélioré. Tous les ichthyosiques, avec un peu d'art, peuvent atténuer considérablement, et masquer leur infirmité tégumentaire.

E. B. — A. D.

(2) Cette conclusion n'est pas *facultative;* elle s'impose : il serait inacceptable de continuer à se servir du terme d'ichthyose pour désigner les affections les plus diverses qui peuvent avoir, avec l'ichthyose, des rapports plus ou moins marqués.

Quelques auteurs admettent encore que l'ichthyose peut *apparaître* pour la première fois, après le développement infantile terminé, *à la suite* d'autres affections de la peau, en un mot qu'il y aurait une ichthyose *secondaire ;* nous ne partageons pas cet avis.

A la suite de quelques dermatoses, l'eczéma, par exemple, il peut subsister, pendant un temps plus ou moins long, une sécheresse tégumentaire qui rende la desquamation épidermique *sensible*, et qui *simule*

Les formes les plus légères de l'ichthyose simple peuvent, par des soins assidus et longtemps continués, être atténuées et même guéries. Dans les cas plus intenses, l'eczéma qui les complique et l'augmentation momentanée de la sécheresse et de l'exfoliation de la peau exigent des soins toujours renouvelés. Quant à la forme hystrix, elle est incurable. Le pronostic de l'ichthyose est donc, en général, peu favorable. Sa transmission par hérédité doit, dans certains cas, être invoquée comme empêchement facultatif au mariage (1).

Le traitement de l'ichthyose comprend tous les moyens qui peuvent déterminer rapidement le ramollissement et la chute des squames épidermiques et des callosités, et qui sont recommandés dans la pratique générale, ainsi que contre le psoriasis, le prurigo, l'eczéma squameux et le tylosis : frictions périodiques avec du savon mou, de la pommade Wilkinson, de l'huile de foie de morue ou d'autres graisses, bains, lavages au savon, enveloppements de caoutchouc et d'après mes plus récentes expériences, spécialement une cure méthodique au moyen de la pommade de naphtol à 5 p. 100, que l'on emploie en frictions légères, une à deux fois par jour, tandis que, tous les deux jours, on procède à des lavages avec le savon de naphtol. Lorsque, par ces moyens, la peau ichthyosée est redevenue lisse et souple, on cherche à la maintenir dans cet état à l'aide de bains répétés, de frictions avec des graisses douces, de la vaseline, de l'axonge, du coldcream, de la glycérine, de la pommade de glycérine, de la lanoline, etc. (2). L'addition à ces graisses d'au-

---

l'ichthyose; mais ces altérations ne sont pas plus de l'ichthyose, que ne le sont les *nombreuses* variétés de *xérodermie atrophique* des tabescents, des cachectiques, des vieillards, des convalescents, etc.
E. B. — A. D.

(1) Nous avons déjà dit que la sévérité de ce pronostic devait être atténuée; les cas d'ichthyose assez intense pour mettre un obstacle au mariage sont relativement rares. E. B. — A. D.

(2) Le traitement *externe* de l'ichthyose a une importance considérable, non seulement pour atténuer les altérations réalisées, mais pour les prévenir. — Au premier rang des agents de la médication topique, se placent, bien naturellement dans une affection *astéatosique* et *anidrosique*, les corps gras, et l'eau, les bains. Parmi les corps gras, tous conviennent ; mais la glycérine et ses composés viennent en première ligne ainsi que l'ont enseigné les premiers, les auteurs français — Voy. C. Lailler, S. la nat., et le trait. de l'ichth., *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, T. I, 1869, p. 82.

Pour tous les cas légers ou moyens, le principe est le suivant : 1° faire d'abord desquamer, à l'aide de bains, de douches, de frictions savonneuses, la couche cornée superficielle, avec la surveillance nécessaire pour graduer et approprier ces moyens selon chaque cas particulier; 2° aussitôt la surface tégumentaire décapée, donner chaque

tres substances médicamenteuses, comme l'huile de croton (5 sur 200, d'après Wilson), d'acide citrique, etc., n'a aucune action spéciale (1).

---

jour, durant une semaine, un bain légèrement alcalinisé ou savonneux, au sortir duquel, après avoir été bien essuyée, la peau, dans tous les points altérés, est frictionnée avec du glycérolé d'amidon, ou de la glycérine pure.

Au bout d'une semaine de ce traitement, la peau est devenue méconnaissable : elle est lisse, douce et souple. On reconnaît encore, pour peu que l'affection ait eu quelque intensité, la mosaïque tracée sur la peau par les lignes intersquameuses, ou par les sillons normaux; si le traitement est continué, tout cela s'atténue de plus en plus.

Arrivé à ce point, il suffit au malade de prendre un ou deux bains par semaine, suivis chaque fois d'une friction glycérinée ou glycérolée, pour maintenir le tégument dans une situation satisfaisante. Les bains, les frictions peuvent même plus tard être éloignés dans une limite que tout malade intelligent et soigneux saura rapidement apprécier.

Dans les cas les plus intenses, le traitement, dirigé avec l'énergie nécessaire, arrive aux résultats les plus remarquables, résultats qui peuvent être *maintenus* par la continuation des moyens employés.

Le malade dont nous avons rapporté plus haut, p. 59, note 1, l'observation extraordinaire, était au bout de peu de semaines, ramené à un état presque normal. La peau était propre, lisse, simplement marquetée du dessin des îlots de kératose, et dans un état compatible avec les rapports sociaux. Chez ce malade, nous avions obtenu ce résultat par l'enveloppement prolongé dans la glycérine et par les bains répétés et prolongés. Le bain permanent de glycérine s'exécute très aisément, à l'aide de linges de laine dont on enveloppe tout le corps, après frictions et onctions préalablement faites avec la glycérine ou les glycérolés. Si nous avons pu arriver à un résultat aussi satisfaisant dans ce cas, on peut affirmer qu'il n'en est pas un seul, aussi extrême qu'on veuille le supposer, qui, à l'aide de soins appropriés et *continués*, ne puisse être atténué au point de rendre la vie sociale possible à tous les ichthyosiques, à la condition qu'ils soient doués de quelque intelligence, et de bonne volonté.

Dans tous les cas où l'on a recours aux applications de glycérine *largâ manu*, surtout pendant la saison froide, on devra entourer le malade de vêtements de laine, pour obvier aux inconvénients du *refroidissement* de la surface tégumentaire qui dérive de toutes les applications glycérinées; et si ce refroidissement est très désagréable, ou préjudiciable au patient, on substitue à la glycérine la lanoline, la vaseline, les huiles animales, etc.

Par ce traitement énergique, commencé de bonne heure, continué avec persévérance, on lutte contre l'hyperkératose; on en atténue considérablement les *effets secondaires*, c'est-à-dire qu'on maintient l'intégrité du derme et de ses appareils glandulaires, lesquels ne sont pas atteints à titre primitif.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'auteur ne veut certainement pas dire que *toutes* les additions

De même la médication interne, l'arsenic, l'eau de goudron, est jusqu'ici restée sans résultat (1).

Les grosses callosités ichthyosiques peuvent être ramollies par l'application de savon mou, par la cautérisation avec une solution concentrée de potasse (1 sur 2), avec l'acide acétique, par l'application d'emplâtre mercuriel, de la pommade pyrogallique à 5 p. 100, ou enlevées avec la curette. Les excroissances papillomateuses seront traitées par les différents moyens que nous avons indiqués à propos des papillomes. Dans l'ichthyose hystrix, on ne s'attaquera qu'aux excroissances les plus gênantes par leur siège, car il serait pratiquement impossible de détruire toutes les productions hypertrophiques.

Pour être complet, il faut rattacher au groupe des kératoses l'hypertrophie des poils et des ongles.

---

médicamenteuses, faites aux corps gras, sont sans action, puisqu'il a recommandé lui-même, quelques lignes plus haut, le naphtol.

Tous les agents dont l'action sur le tissu corné est certaine, salicyliques, résorcine, soufre, ichthyol, naphtol, etc., etc., peuvent être employés avec avantage, à titre d'adjuvants, à des doses très variables selon les sujets, et les cas.

E. B. — A. D.

(1) Notre avis est tout opposé : le traitement *interne* de l'ichthyose, qu'une conception systématique de la maladie avait fait considérer comme inutile, doit, au contraire, être institué dès sa première apparition, et être poursuivi avec le plus grand soin. Il a pour objet de lutter contre l'atrophie de l'appareil stéatipare interstitiel — appareil sudoral — et contre l'anidrose et l'astéatose de la surface.

Le massage, les frictions, l'exercice musculaire, la gymnastique entrent régulièrement dans le plan de la thérapeutique générale de l'ichthyose.

Parmi les médicaments d'épargne graisseuse, l'huile de morue, les corps gras en général, viennent au premier rang.

Enfin, l'action de l'*arsenic* sur les dyskératoses est assez certaine, pour que l'on en fasse profiter les ichthyosiques; les doses doivent être relativement faibles, mais longtemps continuées.

E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

De la Xérodermie pilaire.

DYSTROPHIE DES FOLLICULES — FOLLICULITE ROUGE — ICHTHYOSE ANSÉRINE DES SCROFULEUX — XÉRODERMIE PILAIRE ÉRYTHÉMATEUSE OU CONGESTIVE, ICHTHYOSE ROUGE — KÉRATOSE PILAIRE — ULÉRYTHÈME OPHRYOGÈNE, ETC.

I

L'affection que T. Fox a décrite au congrès de Manchester en 1877 — *Brit. med. Journ.* 1879 — sous le nom de *cacotrophia folliculorum*, est trop individualisée, et trop importante, pour n'être signalée que comme une simple variété dermatographique de l'ichthyose.

Généralement confondue, soit de propos délibéré, soit par vice de nomenclature, avec le « lichen pilaire », elle a été très heureusement distinguée, et mise en saillie, d'abord par l'école anglaise — T. Fox, *loc. sup. cit.*, — et par ERASMUS WILSON — *Lect. on dermat.*, *etc.*, 1876-1878, London, 1878, p. 217 — sous le nom de *Folliculitis* rubra » ; puis en France, sommairement, par nous-mêmes, sous le nom de *xérodermie pilaire* dans la précédente édition de cette traduction — 1881, T. II, p. 100, note 2 — et en 1882 dans une très bonne étude de LEMOINE, inspirée par AUBERT — De l'ichthyose ansérine des scrofuleux, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. III, p. 276, 346.

Dans l'article ICHTHYOSE du *Nouveau Dict. de méd.*, en 1874, et dans le *Traité prat. des mal. de la peau*, 1886, p. 76, HARDY en a donné une très bonne description parmi les ichthyoses locales ; et THIBIERGE — article ICHTHYOSE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 365, 1888 — adopte notre dénomination de *xérodermie pilaire*, ou celle de *ichthyose ansérine* proposée par LEMOINE.

Pendant le même temps, des descriptions plus ou moins sommaires sont données par les auteurs de l'école anglaise ou américaine, et l'on propose les dénominations de *Kératose pilaire* ou *folliculaire*, de *pityriasis pilaire ;* au point de vue pratique, la meilleure étude de ces altérations appartient à J. N. HYDE — *A pract. treat.*, etc., 1888.

A partir de ce moment, la question est reprise par l'école française : BROCQ — Lichen pilaire ou xérodermie pilaire de la face, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. X, 1889, p. 339; E. VIDAL — *ibid.*; — E. BESNIER — Xérodermie pilaire érythémateuse ou congestive progressive, ou ichthyose rouge (Folliculitis rubra de Wilson, etc.), *eodem loco*, p. 710 — et enfin mise entièrement à jour par BROCQ dans un travail remarquable intitulé : Notes pour servir à l'histoire de la kératose pilaire — *Ann. de Dermat. et de syph.*, 3e série, T. I, 1890, nos 1, 2 et 3.

Pendant l'année 1889, l'école allemande apporte ses premières con-

tributions à l'étude nouvelle, par un travail important de Taënzer — U. d. Ulerythema ophryogenes, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* p. 197 ; trad. franç. p. Doyon, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, T. X, 1889, p. 841.

II

Le *globe corné* qui constitue la saillie typique, le grain, la « papule » de la xérodermie pilaire, a son siège dans l'infundibulum folliculaire qu'il dilate, et qu'il déforme. Il est composé de stratifications fines et régulières, vitreuses, disposées autour du poil physiologique, et englobant, en outre, quatre ou cinq poils rudimentaires, courbés ou enroulés — le poil normal peut être suivi jusqu'à la papille qui est saine, ainsi que le fond du follicule.

Dans les espaces inter-infundibulaires, le *réseau* contient quelques petites masses cornées entourant un poil rudimentaire, et ne formant pas de saillie. L'origine et la nature de ces derniers poils, ainsi que celle des follets multiples des globes cornés majeurs, seront discutées dans un travail spécial, par notre assistant, L. Jacquet. — Voy. *Annales de Dermatologie et de Syphilis*, 3e série, T. I, 1890 — à qui est due leur constatation.

Alentour et au-dessus des globes kératopilaires, lésions banales d'hypergenèse épidermo-dermique, secondaires, dues à l'irritation produite par le corps étranger kératosique ; -accroissement simple du *réseau;* élargissement et déformation des papilles, cellules lymphatiques à leur intérieur, dans le derme sous-papillaire, et autour des follicules.

A des recherches ultérieures appartiennent la description des altérations télangiectasiques, de l'atrophie folliculaire ultime, des cicatrices, etc.

III

Cliniquement, nous distinguons dans la xérodermie pilaire — angiokératose pilaire — *a*) *l'ichthyose pilaire*, ou l'ichthyose avec kératose pilaire; *b*) la *xérodermie pilaire commune simple*, et *érythémateuse;* *c*) la *xérodermie érythémateuse cicatricielle* et *dépilante des régions pilaires poprement dites* — sourcils, régions pré-auriculaires de la face chez la femme et chez l'homme, barbe chez l'homme, cuir chevelu.

a) *Ichthyose pilaire*. Chez un assez grand nombre de sujets incontestablement ichthyosiques, soit qu'il y ait coïncidence de l'ichthyose et de la xérodermie pilaire, soit que les deux kératoses aient une même origine, l'accumulation cornée au niveau des orifices pilaires, les lésions folliculaires, deviennent prédominantes au moment de la puberté.

Il en résulte un ensemble *inséparable* que nous ne pouvons dénommer autrement qu'*ichthyose pilaire* par abréviation, alors même que les deux altérations auraient simplement fusionné. Nous verrons tout

à l'heure que les relations cliniques de la xérodermie pilaire avec l'ichthyose se retrouvent par l'hérédité jusque dans les cas les plus nets et les plus distincts des deux affections.

b) Xérodermie pilaire simple, xérodermie érythémateuse, xérodermie pilaire commune.

La xérodermie pilaire commune se caractérise par l'hyperkératose de l'infundibulum pilaire, la congestion du réseau papillaire sanguin soit au niveau même de la lésion, soit dans les espaces interfolliculaires, et par des altérations secondaires du derme qui amènent la destruction de la papille pilaire, et des atrophies, ou des cicatrices dermiques.

Dans sa forme commune, on la rencontre à l'état de défectuosité ou de dystrophie, plutôt que de maladie proprement dite, chez un *très grand nombre* de sujets qui *ne sont pas* des ichthyosiques *confirmés, mais qui ont généralement, même avant l'apparition de la kératose folliculaire*, la *peau sèche*, par insuffisance de sécrétion sudorale et sébacée — xérodermie, *peau sèche.*

Sur le côté postéro-externe des bras et des avant-bras, au niveau des surfaces iliaques latérales, trochantériennes, fessières, à la région postéro-externe de la cuisse et de la jambe, sans qu'il y ait de limites absolues, la peau, de coloration normale ou plus souvent rosée, rouge, livide, salie par les poussières ou les matières tinctoriales des vêtements, apparaît sèche —*xérodermie,*— légèrement pityriasique, comme chagrinée par des saillies miliaires développées au niveau des follicules pilaires —*ansérine.* Elle est rude au toucher, râpeuse, présentant isolées ou associées, des saillies miliaires, dures, du volume d'une tête de petite épingle, lisses, squamulaires, érodées, montrant, ou non, un point noir central correspondant à un poil enroulé ou cassé, emprisonné dans le corps feuilleté qui constitue la saillie pathologique.

Quelquefois, le point folliculaire n'est plus marqué que par une petite squame d'apparence ichthyosique, au-dessous de laquelle il existe une petite *dépression atrophique*, ou cicatricielle. Si plusieurs de ces éléments sont associés, ils laissent, au milieu du granité, de petits îlots de réserve en apparence non atteints, mais qui sont, probablement, atrophiques ou cicatriciels. Brocq a justement attiré l'attention sur ces particularités qui seraient difficiles à reconnaître, ou à interpréter, si l'on n'avait pour guide les altérations de même ordre, plus accentuées, que la xérodermie pilaire laisse comme reliquats sur la face, et sur les régions pourvues de poils complets.

Selon le degré des altérations vasculaires, et le temps de leur évolution, les *saillies* pilaires sont de coloration variable, tantôt pâles, grisâtres, gris sale, elles sont, d'autres fois, roses, ou décidément rouges, inégalement développées, généralement espacées très distinctement, et quelquefois largement, les unes des autres, ébauchant parfois des alignements ou des groupements.

Tous les points rouges que l'on observe au milieu de ces surfaces ne sont pas également saillants ni volumineux ; dans certaines régions spéciales, à la face, par exemple, il faut une certaine attention, un œil

exercé, ou le secours de la loupe pour reconnaître le granité confluent et serré très fin, qui chagrine les surfaces érythémateuses. Quelques-uns, enfin, ne le sont pas sensiblement, et ne représentent qu'une petite tache érythémateuse miliaire centrée par un orifice pilaire. Chez quelques sujets, cette dernière forme prédomine et constitue une variété particulièrement désobligeante pour les jeunes femmes, parce qu'elle est plus apparente.

Non seulement l'ostium des follicules, mais les espaces interfolliculaires peuvent être le siège de la même hyperhémie, constituer de vastes nappes érythémateuses, simplement ponctuées par les orifices pilaires, qui sont marqués en taches plus foncées, et dont le médecin, non prévenu, méconnaît sûrement la signification et la nature.

Dans la xérodermie pilaire du tronc et des membres, de même que dans l'ichthyose, mais d'une manière encore plus prononcée, toutes les parties où la peau, fine ou épaisse, est largement lubréfiée, idrostéatosée — faces médianes antérieure et postérieure du tronc, aisselles, régions palmaires et plantaires, plis inguino-cruraux et ano-génitaux, plis de flexion des membres — restent absolument indemnes.

Mais sur les parties découvertes et surtout à la face, il existe au contraire, à peu près constamment, des altérations, légères d'ordinaire, exceptionnellement prédominantes, mais presque toujours suffisantes pour éveiller l'attention, et pour permettre au médecin informé de deviner l'existence de l'affection sur les parties couvertes : c'est surtout une pénurie pilaire de la moitié externe des sourcils, rendue plus désobligeante encore pour les sujets par une rougeur et un état grenu de la même région, lesquels se prolongent souvent dans la région particulièrement pourvue de poils follets qui court le long de la branche montante du maxillaire inférieur, en avant de l'oreille. Dans quelques cas, sans qu'il y ait rapport nécessaire, dans l'intensité, entre les altérations de la face et celles du tronc ou des membres, les lésions prennent, au visage, un degré particulier qui légitime une description à part.

d) Xérodermie érythémateuse, progressive, cicatricielle, dépilante, des régions velues.

Au lieu d'être, comme sur les membres, volumineuses, et appréciables au plus simple aspect, les saillies pilaires, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont extrêmement petites; elles ne sont plus distantes les unes des autres comme sur les membres, mais très rapprochées — ainsi que l'a montré Brocq — en raison de la multiplicité et de la cohérence infiniment plus grandes des éléments pilaires de la région. D'abord de coloration normale, elles deviennent rosées, puis rouges, et constituent alors des nappes plus ou moins grandes, inégales, irrégulières, inégalement teintées, *marbrées*, encadrant les joues, variables par tous les phénomènes qui augmentent ou diminuent l'hyperhémie de la peau, parsemées de très fines et élégantes télangiectasies, disparaissent sous la pression du doigt, finement granitées, et conservant toujours, malgré la plus extrême confluence, des éléments pilaires non intéressés.

Mais ce qui est tout à fait particulier à l'évolution de la xérodermie pilaire du visage, c'est l'importance régulière que prennent, au cours de

l'évolution, les *régressions atrophiques et cicatricielles*, qui se traduisent par des points, des îlots, décolorés, atrophiques, superficiellement cicatriciels, déprimés, et au niveau desquels il s'est établi une *alopécie partielle irrémédiable* — Voy. Lemoine, Brocq, Taënzer, *loc. sup. cit.*

Chez les hommes, l'affection peut envahir toute l'étendue des surfaces occupées par la barbe. Si l'on examine alors attentivement ces régions, on trouve, comme sur le malade que nous avons présenté au mois d'avril 1889 à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis — *loc. sup. cit.*, — sur un fond plus ou moins vivement hyperhémié, un granité confluent très fin, faisant au doigt, mais surtout à la vue, des saillies appréciables, lesquelles sont toutes constituées par une éminence conoïde à sommet lamelleux, centrées par un poil presque constamment cassé. Le tout forme, à la vue, un semis finement granité, lequel, là où il est le plus confluent, a détruit à peu près complètement les poils, et donné lieu à de petites zones cicatricielles, que l'on apprécie très bien par un examen à la loupe. Dans toute cette région, la plupart des poils sont absents, atrophiés; tous ceux qui persistent sont, comme au sourcil, déviés dans les directions les plus diverses.

Il n'y a pas à chercher ordinairement, dans le cuir chevelu proprement dit, le *granité kératosique*, auquel les conditions anatomiques locales se prêtent peu, et qu'on n'y rencontre que chez les très jeunes sujets, chez lesquels l'altération évolue dès les premiers mois ou dès les premières années de la vie. Mais on y trouve souvent, comme dans l'ichthyose commune, un état qui n'est pas normal; cheveux secs, cassants, rares, grêles; surface épidermique finement desquamative sur le type de la séborrhée sèche ; les malades n'ont rien remarqué, ne se plaignent de rien.

On aura maintenant à rechercher les rapports qui existent entre la xérodermie de la face et des membres, et certains états pityrodes du cuir chevelu, dont l'interprétation ferme n'est pas jusqu'à présent trouvée. Il est possible, en outre, que quelques-unes des alopécies cicatricielles ambiguës, assez nombreuses que nous dénommons en bloc : *alopécies innominées*, soient à rapporter ultérieurement à la xérodermie pilaire — cas de Taënzer, *loc. sup. cit.*, par exemple; quelques cas de « pelade » atypique, de « folliculite décalvante », etc.; — nous *supposons* enfin, que la xérodermie pilaire est l'origine d'un bon nombre des cicatricules multipliées que l'on rencontre sur la tête de beaucoup de sujets. — Voyez en outre, pour les lésions des poils, le cas de Hallopeau, *Soc. franç. de Dermat.*, avril 1890, et plus loin les notes relatives aux cheveux moniliformes.

IV

La xérodermie pilaire s'observe plus souvent chez les femmes que chez les hommes, et très fréquemment chez les uns et chez les autres, débutant dans la seconde enfance, s'accentuant au moment de la puberté, se prolongeant pendant l'âge adulte et s'éteignant plus ou

moins complètement — voyez, pour les documents statistiques, Brocq, *loc. cit.* — à cet âge et dans la vieillesse. Elle a donc une *évolution;* c'est pourquoi nous avons proposé de l'appeler xérodermie pilaire *progressive.*

Les sujets qui sont surtout atteints sont des « *lymphatiques* »; notre observation sur ce point est formelle. Les exceptions que l'on pourrait relever à cet égard ne changent rien à la règle ; coïncidence ou rapport, peu importe en fait, et à ce titre la xérodermie pilaire n'est pas indifférente à déterminer pour fixer la caractéristique constitutionnelle d'un sujet. Inutile de dire que les sujets atteints de tuberculose cutanée, de lupus, d'adénopathie tuberculeuse, etc., qui sont tous des lymphatiques préalables, sont au nombre de ceux chez qui on rencontrera le plus souvent la xérodermie pilaire — Voy. Lemoine, Brocq, *loc. cit.*

Rien n'est plus ordinaire, ni plus aisé, que de constater, à la fois, l'*hérédité* habituelle de l'affection, et sa simultanéité chez les frères et sœurs, à un degré variable ; en même temps que sa décroissance chez la mère dont les enfants en présentent les éléments en pleine activité évolutive.

Dans les cas moyens, les plus ordinaires, les sujets ne réclament rien, et — nous l'avons déjà dit — sont très étonnés de l'attention qui leur est apportée ; ils se sont toujours vus ainsi, et ne souffrent en rien.

C'est seulement dans les cas intenses, quand la lésion a son siège à la face surtout, et dénude les sourcils, ou quand l'élément érythémateux ponctué, ou diffus, prend une développement considérable, que les intéressés se plaignent, et demandent secours.

Cependant, même sur le corps, la lésion est vraiment, dans beaucoup de cas, nuisible par la rudesse de la peau, la difficulté de la maintenir en bon état de propreté. Chez un de nos malades — *Obs.* IV du mémoire de Brocq, *loc. sup. cit.*, — l'érythème et les saillies pilaires avaient atteint des proportions assez considérables pour que l'autorité militaire ait refusé l'engagement qu'il voulait contracter.

Beaucoup de jeunes femmes, ou de jeunes filles exposent souvent, sans avoir l'air d'y prendre garde, des bras gravement déparés par la xérodermie pilaire rouge ou grise, et peuvent en subir préjudice.

A la face, l'existence des états rouges granités, l'alopécie sourcilière constituent, pour peu qu'ils aient d'intensité, une difformité réelle ; il y a intérêt à les discerner, à les combattre de bonne heure chez les enfants dont les parents portent les stigmates de la même affection.

D'autre part, bien qu'à un degré moindre que chez les ichthyosiques, la peau sèche, la peau des sujets atteints de xérodermie, est exposée à subir l'action de divers irritants, et est prédisposée directement à toutes les dermatoses de cause externe, lesquelles en outre s'installent chez ces malades avec une ténacité, une durée, une faculté de récidive toute particulière. L'un de nos sujets, atteint de xérodermie pilaire dans la région velue de la face, ne pouvait se raser sans s'écorcher, ne pouvait être rasé par un barbier sans être très lésé, et s'y étant cependant livré peu de temps avant le moment où nous l'avons examiné pour la première fois, avait contracté une trichophytie de la barbe.

V

Le *diagnostic* de la xérodermie pilaire, aussi bien sur la face que sur le tronc, ne présente aucune difficulté pour le médecin dont l'attention a été éveillée, dans tous les cas où elle se présente isolée, et avec des caractères typiques. La séparation d'avec l'ichthyose et les autres kératoses pilaires ne présente d'ambiguïté, que dans des circonstances exceptionnelles.

A la face, l'alopécie sourcilière, les cicatrices, pourraient faire penser à la syphilis; l'érythème, les télangiectasies, aux diverses variétés d'acné sanguine, et au lupus érythémateux. Il suffit, pour éviter l'erreur, de savoir quelles sont les affections à éliminer par l'analyse clinique, et de faire l'examen du corps entier, sur lequel on trouvera, neuf fois sur dix, les caractères précis de la maladie réelle. Même dans la barbe, il sera facile, avec un peu d'attention, de reconnaître le granité fin, caractéristique, et les petites cicatrices alopéciques. Sur le cuir chevelu, la difficulté est plus grande, mais il suffit de la connaître pour être sur ses gardes, et pour réserver son diagnostic jusqu'à plus ample informé.

On n'omettra pas de se rappeler que, dans cette affection comme dans toutes les autres, les *coïncidences* de deux états pathologiques peuvent contribuer à rendre le diagnostic plus difficile, et qu'il restera toujours des faits atypiques, ou paratypiques, dont l'interprétation pourra être laborieuse.

VI

Pour l'affection que nous venons d'étudier rapidement, nous avons proposé la dénomination de *xérodermie pilaire* — *xérodermie*, parce que nous attachons une importance particulière à la sécheresse constitutionnelle de la peau, anidrose et astéatidrose, dans la genèse ou dans le maintien des lésions kératosiques. Nous n'avons pas accepté le terme proposé par Fox — *cacotrophia folliculorum* — non pas seulement à cause de sa dysphonie, qui le rend peu acceptable, mais à cause de sa signification trop *générale*, qui le fait applicable à toutes les lésions dystrophiques des follicules. C'est pour cette dernière raison que nous préférons le mot de xérodermie pilaire au terme de kératose pilaire, employé par plusieurs auteurs, et adopté par Brocq.

Le moment n'est pas encore venu de décider, en dernier ressort, si la xérodermie pilaire est une variété de l'ichthyose comme l'ont pensé beaucoup d'auteurs. Les rapports de l'une et de l'autre sont indéniables; toutes les deux sont des dyskératoses; la xérodermie pilaire est une dyskératose localisée et spéciale. Le caractère évolutif, qui est plus accentué dans la xérodermie, n'est pas non plus absent dans l'ichthyose qui, si elle n'a pas de fin, a un commencement, et une période de progrès qui dure plusieurs années. Enfin, rien n'est si ordinaire que de trouver l'ichthyose dans l'hérédité, ou dans la collatéralité des xérodermiques.

Pour fixer *anatomiquement* les caractères distinctifs entre l'ichthyose et la xérodermie pilaire, il faut instituer des recherches nouvelles et constituer une base histologique ferme pour spécifier l'ichthyose.

Pour le moment, nous faisons simplement remarquer, dans la xérodermie pilaire, la *localisation* de la kératose dans l'infundibulum pilaire, l'intégrité *relative* des espaces interfolliculaires, la limitation des altérations régressives de la peau au périmètre des follicules, l'absence d'atrophie du réseau, et du pannicule graisseux.

Le comédon kératosique de la xérodermie pilaire se distingue du cône corné du pityriasis pilaire par la multiplicité des poils inclus, autour de chacun desquels se reproduit la stratification des couches cornées, indiquant une part prédominante, et primitive, à la formation pilaire préalable.

VII

Mais ce qui importe par-dessus tout, c'est de comprendre que le traitement devra être appliqué dès les premiers indices de l'affection, et que la valeur prophylactique, préservatrice, des soins appropriés est considérable, et peut seule s'opposer à des *altérations secondaires* irrémédiables.

Toutes les lésions du derme, en effet, qui ont été si bien décrites par H. Derby, *Sitzungberich. d. Kais. Acad.* 1869, *cit.* Lemoine, et par Lemoine lui-même, *loc. cit.*, p. 343, 344, sont des *effets* de la compression produite par les masses cornées, de l'irritation secondaire qu'elles produisent, soit par simple action mécanique, soit parce qu'elles facilitent ou provoquent d'autres actes morbides interstitiels, à déterminer.

A l'intérieur, l'huile de morue et l'arsenic selon la saison, et dans la mesure de la tolérance individuelle, ont une action incontestable sur les phénomènes trophiques du tégument; tout ce qui sera capable de régulariser la nutrition générale et de favoriser la fonction stéatidrosique, pourra être employé avantageusement.

Localement, les bains, les douches tièdes pulvérisées, l'avulsion mécanique par les frictions avec les savons ponces, les lotions savonneuses de toute espèce, les applications huileuses, grasses, glycérinées, constituent des moyens de traitement qui, employés de bonne heure et avec persévérance, peuvent apporter un obstacle considérable au développement des masses kératosiques, et *prévenir* la production des altérations *secondaires* du derme et de l'appareil pilaire.

Contre les lésions arrivées à leur plein développement, voici le résumé sommaire des procédés de traitement.

Pour le cuir chevelu, savonnages fréquents avec les savons de panama, de goudron, d'ichthyol selon les cas particuliers, et onctions avec les huiles ou les graisses animales, lanoline, huile de pieds de bœuf, additionnées de 1 à 3 p. 100 d'acide salicylique, de résorcine et aromatisées à volonté.

Pour la face, Brocq recommande surtout les applications de savon mou de potasse jusqu'à irritation vive, répétées par séries successives

comme dans le traitement de l'acné ; on peut aussi employer les *pâtes desquamatives* à la résorcine, etc., au naphtol camphré, etc., selon les formules employées pour l'acné, en les laissant en place seulement quinze à trente minutes par jour, et en réglant les doses des agents exfoliatifs selon la tolérance propre à chaque sujet. Quand les télangiectasies sont très développées, Vidal recommande les scarifications linéaires; nous les acceptons pour les cas extrêmes, à la condition qu'elles soient exécutées conformément aux principes que nous avons plusieurs fois exposés, par une main exercée, et de façon à ne pas substituer, à une coloration érythémateuse, des cicatrices indélébiles.

Pour le corps, nous employons avec le plus de succès les frictions de savon ponce, de savon mou de potasse associé au soufre, à l'acide salicylique, à la résorcine, au naphtol camphré, en suspendant les applications quand l'irritation se produit. L'usage fréquent des bains, les onctions avec les huiles, les graisses ou les glycérolés, salicylés de 1 à 5 p. 100, concourent à mettre la peau en état satisfaisant, et à la maintenir, quand les sujets mettent à les appliquer l'intelligence, le soin et la persévérance nécessaires.

L'écueil principal réside dans l'existence des plaques érythémateuses, des taches rouges ponctuées ou des saillies rouges, qui sont extrêmement rebelles; dans quelques cas, on pourra faire radicalement disparaître ces dernières sur une région limitée, comme le dos du bras par exemple, par l'électro-puncture faite au moyen d'aiguilles *fines*, et avec une certaine délicatesse; la cicatricule consécutive est souvent à peine appréciable.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

HYPERTROPHIE DES POILS

L'hypertrichose (*hirsutie*, *polytrichie*, *trichauxe*), est le développement exagéré des poils, eu égard à l'âge et au sexe de l'individu, ainsi qu'à la région sur laquelle se fait cet accroissement anormal. Il est facile de comprendre qu'il ne s'agit pas ici d'une néo-formation de poils, mais du développement exagéré de ceux qui existent à l'état physiologique.

L'hypertrichose est congénitale ou ne se montre que dans le courant de la vie extra-utérine (*hirsutie congénitale et acquise*). Beaucoup d'enfants naissent avec des cheveux ou des poils (*lanugo*) d'une longueur exceptionnelle, mais qui sont rarement persistants. L'hirsutie généralisée (*dasytes*) est une monstruosité dans laquelle le visage et tout le corps sont recouverts de poils lanugineux mous, blonds ou bruns, longs de plusieurs centimètres.

Ils reproduisent dans leur direction et leur disposition, en partant de la ligne médiane de la face et se dirigeant en dehors, les lignes et les

tourbillons dessinés par Voigt pour indiquer la place qu'occupent les cheveux. Waldeyer est d'avis que ce lanugo luxuriant s'est développé en remplacement du lanugo fœtal disparu. Je pense que ce lanugo provient d'un reste non tombé, puis développé ultérieurement outre mesure, d'une portion persistant plus que d'habitude du lanugo fœtal. Nous n'avons pas besoin de remonter à d'anciennes légendes pour découvrir de semblables faits. En 1873, deux individus, le père et le fils, originaires de la Russie, se sont montrés en public; et, dans notre salle de consultation, se trouvent les portraits en grandeur naturelle d'une famille atteinte d'hirsutie généralisée; le père, le fils et la fille vivaient au XVI[e] siècle. Ces portraits ont été, comme le D[r] Bartels me l'apprit, décrits par Plater, en 1583, à Bâle, peints par Ulysse Aldrovandi, plus tard par Félix Georges Hœfnagel. Ces deux derniers portraits originaux se trouvent dans la bibliothèque impériale et royale de Vienne.

Il en était de même des deux Russes (père et fils) qui se sont montrés ici en 1873 et dans d'autres villes et ont été l'occasion de publications spéciales.

Chez quelques races des insulaires des mers du Sud, cette anomalie se produit beaucoup plus fréquemment (Miklucho-Maclay). M. Bartels a étudié d'une manière plus approfondie l'hypertrichose (1), ainsi que Michelson, qui signale en même temps la coïncidence d'absence des dents, observée par d'autres auteurs, par conséquent un arrêt de développement analogue, comme le fait ressortir également Unna, à l'hypertrichose congénitale.

L'hirsutie acquise est le plus souvent limitée à de plus petites surfaces de la peau; à elle se rapportent : le développement des poils sur certaines taches pigmentaires (*nævi pilosi*), l'anomalie, fait peu commun, de la croissance de la barbe chez la femme, et celle, plus fréquente, de l'apparition de poils épais, touffus, sur la lèvre supérieure et au menton de personnes du sexe féminin. Rare chez les femmes jeunes et chez celles dont les fonctions sexuelles s'accomplissent normalement, l'hirsutie est plus fréquente chez les femmes stériles et chez celles qui ont atteint l'âge de la ménopause; toutefois la femme représentée par Duhring, et qui avait une barbe magnifique, était mère de plusieurs enfants (2).

---

(1) Cf. H. Mansouroff. Recueil clinique d'observations sur les maladies de la peau. Moscou, 1887, *Homines pilosi*, p. 24 et suivantes.
E. B. — A. D.

(2) L'hypertrichose de la face se développe à plusieurs périodes de la vie chez les femmes; la plus grave, celle qui s'étend à tout le visage, apparaît de quatorze à seize ans, exactement à l'âge où la barbe pousse

Enfin, il faut ajouter ici un développement exagéré des cheveux et de la barbe. J'ai connu une jeune dame de taille moyenne, dont la chevelure blond clair, abondante, pendait jusqu'à terre; et j'ai le portrait d'un ouvrier travaillant aux mines, dont la barbe descendait jusqu'à terre, à tel point que cet homme la repliait et la portait dans son gilet (1).

Anatomiquement, les poils touffus, longs, abondants de l'hypertrichose, ne diffèrent pas des poils normaux.

Dans certaines formes, on a pu trouver une cause plausible, ainsi l'hérédité pour l'hirsutie généralisée, comme le montrent les exemples précités; pour l'hirsutie de la face chez les femmes, on note parfois des troubles sexuels, quoique dans d'autres cas toute cause appréciable manque. C'est par une nutrition exagérée ou altérée en certains points que l'on peut expliquer la croissance des cheveux qui s'observe sur les points irrités par les cantharides, l'onguent mercuriel ou encore sur les membres paralysés.

---

chez l'homme; il est ordinaire que la pilosité se prononce en même temps sur les bras et sur les jambes.

Quelques-unes de ces jeunes filles sont véritablement *masculinisées* moralement; mais il en est d'autres qui présentent les attributs intellectuels les plus délicats de la jeune fille; toutefois il est rare qu'il n'y ait pas quelque trouble fonctionnel ou nutritif, aménorrhée, dysménorrhée, polysarcie, etc.

Mais, dès la trentième année, longtemps avant l'âge de la ménopause, un grand nombre de femmes qui avaient eu seulement un duvet un peu exubérant le long des branches montantes des maxillaires, à la lèvre supérieure, ou sur les côtés du menton, voient les poils s'accroître en volume et en longueur et devenir absolument semblables à ceux de la barbe de l'homme. Il y a, pour beaucoup de ces femmes, le plus grand intérêt à être débarrassées de ces follets anormaux, et jusqu'à présent elles étaient abandonnées à toutes les pratiques du charlatanisme. On peut aujourd'hui — on le verra tout à l'heure — venir efficacement à leur secours.

Une troisième catégorie comprend les femmes à la période de la ménopause, et déjà pour celles-là le dommage est moins grand; toutefois il en est un grand nombre qui seraient fort heureuses de rencontrer un médecin en mesure de les en délivrer, et tous peuvent aujourd'hui leur rendre cet office. — Voy. plus loin, note 1, p. 80.

E. B. — A. D.

(1) En dehors de ces cas, dont l'intérêt est de simple curiosité, nous signalons particulièrement l'hypertrichose *commune*, le développement *exubérant* de la chevelure, qui coexistent régulièrement avec l'hyperséborrhée et avec l'hyperstéatidrose du cuir chevelu.

Dans l'évolution de cet état pathologique, l'hyperstéatose devient, peu à peu, plus accentuée; puis survient l'*alopécie* aiguë, quelquefois

Le traitement de l'hypertrichose défigurante n'est réclamé que contre certaines formes de l'affection. L'hirsutie généralisée congénitale est à peine accessible à la thérapeutique. Du reste, dans la plupart des cas, les poils tombent pour faire place à du lanugo normal, et ce n'est que très exceptionnellement qu'ils persistent.

Le plus fréquemment, on n'aura à s'occuper que des poils épais et touffus qui se montrent sur les verrues et sur les taches pigmentaires situées sur les régions découvertes, ou bien du développement anormal de la barbe chez les femmes. L'extirpation du nævus sur lequel sont implantés les poils est, dans le premier cas, le moyen radical; mais, quand on ne veut pas y recourir, ou lorsqu'il s'agit de poils développés sur la peau saine du visage, des mains, etc., les méthodes à employer varient selon les cas. La rasure ne remplit qu'imparfaitement le but, car les tronçons de poils qui apparaissent hors des follicules défigurent autant le visage de la femme que les poils longs. Il est préférable de se servir de la pâte épilatoire employée par les Orientaux et les Juifs orthodoxes. On délaie, dans de l'eau, de l'orpiment (sulfure jaune d'arsenic) et de la chaux vive, on fait bouillir; ensuite on applique cette pâte avec une spatule sur les points où poussent les poils, pendant dix minutes environ, jusqu'à dessiccation, puis on racle rapidement avec la spatule. On lave ensuite la peau avec de l'eau tiède et on recouvre d'un cosmétique blanc et de poudre.

La pâte au sulfure de calcium, que l'on obtient en faisant passer un courant de gaz hydro-sulfurique dans de l'hydrate de calcium, agit plus rapidement encore (Pâte de Bœttger).

Comme ces pâtes cautérisent les poils jusque dans leur follicule, la peau ainsi traitée devient lisse et les poils ne recommencent à pousser qu'après deux à trois semaines. Au bout de ce temps, on fait une nouvelle application (1).

---

subaiguë. Terrifiées de voir leur chevelure, dont elles étaient, jusque-là, si fières, se dépeupler chaque jour à la moindre traction du peigne ou de la brosse, les malades n'osent plus toucher à leurs cheveux, et réalisent quelquefois, même encore aujourd'hui, des dispositions plus ou moins analogues à celles de la plique.

Ces « magnifiques chevelures » des jeunes gens, et surtout des jeunes filles, ces abondantes masses de cheveux dorés, ou noirs plume de corbeau, sont prédestinées à une chute précoce; et à cette abondance succédera presque fatalement une disette cruelle.

La région intermammaire, et le mamelon, les bras, les avant-bras et les jambes sont souvent aussi, chez les jeunes filles, le siège d'une pilosité anormale, pour laquelle le secours du médecin est réclamé.

E. B. — A. D.

(1) Il n'existe pas d'*épilatoires* chimiques véritables. La plupart des

Quand ils sont en petit nombre, l'épilation est encore ce qu'il y a de préférable ; il faut évidemment la répéter aussi à intervalles périodiques. Comme cure radicale, on a conseillé d'enfoncer dans chaque follicule une aiguille rougie au feu ou par la galvanothermie, ou trempée dans des solutions caustiques, acide phénique, acide chromique.

Par contre, l'épilation au moyen de l'électrolyse, d'abord pratiquée et depuis perfectionnée par des collègues américains, a acquis l'importance d'une thérapeutique méthodique et efficace de l'hypertrichose.

L'épilation à l'aide de l'électrolyse a été inventée par un ophtalmologiste, le D[r] Michel, de Saint-Louis, et employée d'abord contre le trichiasis. A Hardaway revient le mérite de l'avoir introduite dans la dermatologie. Employée depuis des années en Amérique, cette méthode a commencé à être appliquée ces derniers temps d'une manière générale, même en Europe. C. Heitzmann, George Thomas Jackson, G.H. Jos. Müller, Michelson, Behrend (1), Lustgarten, etc., ont publié des résultats favorables à ce sujet. La méthode consiste essentiellement en ce que, à l'aide d'un électrode négatif (pôle zinc), en forme d'aiguille, introduit dans le follicule pileux, on détruit la papille du poil. Cette destruction arrive sous l'influence des produits chimiques de décomposition, *Jonen* (2), en première ligne des alcalis caustiques comme il est facile de le vérifier en examinant le processus physique. Quant aux

---

préparations que la parfumerie offre aux intéressés, sont nuisibles, et constituent le meilleur moyen d'accroître la pilosité.

E. B. — A. D.

(1) Chronologiquement, *entre* BEHREND et LUTSGARTEN, il n'est que juste de placer les noms de J. BARATOUX, 13 mars 1886, *Revue médicale française et étrangère*, et BROCQ, 28 mai 1886, *Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.* — Le travail de LUTSGARTEN est de la fin de 1886.

E. B. — A. D.

(2) On appelle *Jonen* les produits chimiques qui se forment aux électrodes d'une batterie constante, par décomposition du liquide interposé. Comme ces liquides sont différents suivant les éléments des diverses batteries (acide chromique, chromate de potasse, acide sulfurique, acide nitrique, chlorhydrate d'ammoniaque, chlorure de sodium, etc., etc.), le résultat de la décomposition chimique varie proportionnellement. Une partie de l'acide étant employée à l'oxydation du pôle positif, les alcaloïdes qui restent diffèrent suivant la décomposition chimique du liquide. Dans la peau, c'est le liquide des tissus qui est décomposé : ces produits s'appellent *Jonen* (anions, kations, suivant le pôle où ils se forment, à l'anode ou au katode).

E. B. — A. D.

détails de l'exécution, comme le nombre et la nature des éléments galvaniques, la durée de l'opération, la forme du porte-aiguille, les données sont si contradictoires que je préfère indiquer brièvement le procédé employé à ma clinique. Comme aiguilles, nous nous servons d'aiguilles à coudre dépolies ou d'aiguilles en maillechort sans pointe, pour éviter autant que possible de blesser le follicule pileux.

Les aiguilles, ainsi que tous les autres instruments dont nous nous servons, sont fournis par M. Leiter, fabricant d'instruments, à Vienne. Le porte-aiguille, long de 12 centimètres, est très léger (5 grammes), et porte un fil conducteur également aussi léger que possible.

Pour des parties, comme par exemple la région sous-mentonnière, qui ne permettent pas d'opérer avec le long porte-aiguille, on peut faire usage de la pince à compression de Moeller. L'intensité du courant est mesurée et régularisée à l'aide d'un galvanomètre absolument précis et du graphitrhéostat du D[r] Gärtner; il comporte 1/2 à 1 milliampère.

L'emploi de ces derniers appareils nous dispense de faire attention à l'état de la batterie et de sa composition, ainsi que du nombre des éléments; ils produisent de la sorte un effet très régulier. Chaque poil est, suivant son épaisseur, exposé vingt à trente secondes à l'action du courant, puis on l'extirpe avec la pince ou on l'abandonne à sa chute spontanée.

Dans des séances renouvelées trois fois par semaine, on détruit chaque fois environ 30 poils, sans que dans ces conditions le malade éprouve une irritation locale prononcée et désagréable, surtout si l'on emploie comme auxiliaire des pommades protectrices et de la poudre.

Les points épilés guérissent parfois sans laisser de traces, ou tout au plus des dépressions extrêmement peu accusées, perceptibles seulement à l'éclairage oblique et ne nuisant en rien à l'effet esthétique, ces légères dépressions indiquent seules la place où un poil était implanté (1).

Avant de terminer ce chapitre, nous devons dire un mot d'une affec-

---

(1) Le médecin, qui n'aurait pas pu apprendre l'épilation électrolytique là où on la pratique, ne serait peut-être pas suffisamment pourvu, par les renseignements que vient de donner l'auteur. Mais s'il veut bien prendre connaissance des détails dans lesquels nous allons entrer, il sera complètement en mesure de pratiquer cette opération, petite en elle-même, mais qui a, pour les pauvres jeunes femmes atteintes d'hypertrichose, une importance extrême.

Les préceptes que nous formulons sont surtout empruntés aux travaux de Brocq sur ce sujet qu'il a approfondi et fait progresser plus que personne — Voy. L. Brocq, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* de Paris, communications de mai 1886, et d'avril 1888.

Il faut se procurer une pile à courants continus munie d'un galvano-

tion que l'on a désignée sous le nom de *plique polonaise* (*plica polonica*).

On a appelé ainsi un enchevêtrement des cheveux, parfois aussi des poils de la barbe et du pubis. On a donné longtemps à la plique une signification nosologique spéciale, en raison de sa fréquence quasi

---

mètre bien réglé et bien sensible. Au pôle positif est reliée une poignée cylindrique recouverte d'une peau de chamois que l'on imbibe d'eau salée et que l'opérée serre vigoureusement dans la main. Au pôle négatif s'adapte l'aiguille avec laquelle on opère. L'aiguille dont se sert Brocq est une aiguille en platine iridié composée de trois parties : 1° d'un cylindre métallique de 1 centimètre 1/2 de long, de 3 à 4 millimètres de diamètre, taillé à facettes de façon à pouvoir être tenu très solidement et légèrement à la fois, roulé entre les doigts et dirigé en tous sens; 2° d'une mince tige cylindrique de 2 centimètres de long; 3° d'une partie terminale de 6 à 7 millimètres de long, aussi fine que possible, séparée de la tige cylindrique par un arrêt métallique formant une sorte de bourrelet circulaire. La condition majeure que l'aiguille doit remplir, c'est que cette partie terminale soit aussi fine que possible.

On a cherché à éviter toute cicatrice ultérieure en épargnant les couches superficielles du derme et de l'épiderme et en n'agissant que sur le bulbe pileux. On a pour cela isolé la tige des aiguilles jusqu'à 2 millimètres environ de la pointe qui seule peut agir ainsi sur les tissus. On comprend donc qu'en mettant cette pointe libre en contact avec le bulbe du poil, si ce bulbe est à 3, 5, 7 millimètres de profondeur, les couches superficielles du derme resteront indemnes. Mais il est difficile de se servir d'aiguilles isolées par les procédés ordinaires, car le vernis ne tient pas sur des tiges aussi minces. M. Chardin est arrivé à construire, sur les indications de L. Brocq, une aiguille isolée assez pratique. C'est une tige en platine iridié de la longueur et de la grosseur des aiguilles ordinaires, montée sur le même cylindre qu'elles. A 2 millimètres de la pointe, que l'on fait aussi fine que possible, on use un peu la tige circulairement dans une étendue de 4 à 5 millimètres, de manière à obtenir une petite dépression. On enroule ensuite dans cette dépression un fil de soie extrêmement fin qui recouvre le métal à ce niveau et constitue le corps isolant. L'introduction de cette aiguille isolée est parfois assez laborieuse : il faut lui imprimer quelques mouvements d'hélice, ce qui est rendu facile par la présence de l'arrêt sur la tige. On doit cathétériser pour ainsi dire le follicule pileux et faire glisser l'aiguille le long du poil jusqu'au bulbe sans éprouver de résistance : si l'on en ressent, c'est que la pointe est à côté du follicule et non dans le follicule; on la retire dans ce cas et l'on tâtonne jusqu'à ce que l'on sente qu'elle s'enfonce pour ainsi dire toute seule. Il est aussi fort malaisé de savoir si la partie terminale libre est bien en contact avec le bulbe du poil. Enfin on ne peut, quand on l'emploie, saisir l'instant précis où le bulbe est désorganisé. Aussi faut-il exercer, pendant que le courant passe, des tractions légères sur le poil avec la pince, afin de pouvoir s'arrêter dès qu'il n'est plus adhérent. Toutes ces difficultés font que l'on ne doit se servir des aiguilles isolées que lorsqu'il faut

« endémique » dans certaines contrées, la Pologne, la Russie, la province de Posen, où, en 1842, on en a observé jusqu'à 5,000 cas !

Comme on vit que la plique se montrait chez des malades qui gardaient le lit depuis longtemps, on était disposé à la considérer comme

---

détruire des poils très volumineux placés en des régions fort apparentes.

Manuel opératoire. — Le principe même de l'opération consiste, comme le dit Kaposi, à faire passer dans l'organisme un courant électrique dont le pôle négatif est constitué par une fine aiguille mise en contact avec le bulbe du poil : les tissus voisins de l'aiguille subissent la décomposition électrolytique : quand le bulbe a été complètement détruit, on doit cesser de faire passer le courant. Pour que l'opération se fasse dans de bonnes conditions, il faut donc, autant que possible, que l'aiguille soit mise en contact direct avec le bulbe du poil à détruire. Pour y arriver, on commencera par étudier la direction des poils, et la profondeur de leurs bulbes, éléments qui varient suivant les malades et suivant les régions chez une même malade. Puis on pourra introduire l'aiguille à la profondeur voulue.

Lorsque l'aiguille est bien placée, on fait passer le courant. Pour cela, l'opérée tient solidement à la main le cylindre mouillé d'eau salée qui constitue le pôle positif, et un aide fait tourner lentement le collecteur de l'appareil jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque le nombre de milliampères avec lequel on veut agir. Il s'arrête alors, puis revient rapidement au zéro lorsque l'on juge que le courant a passé assez longtemps et que le poil est détruit.

Quand on n'a pas d'aide, on met d'emblée le collecteur de la machine sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant dont on veut se servir : quand l'aiguille est bien placée, on dit à l'opérée de saisir le cylindre ; elle le fait lentement, progressivement, pour ne pas éprouver de trop forte secousse ; quand on juge que le poil est suffisamment détruit, on lui dit de lâcher le cylindre, puis on retire l'aiguille. Les douleurs de l'ouverture et de la fermeture du courant sont ainsi assez atténuées, quoiqu'elles soient plus vives que lorsqu'on se sert d'un aide.

L'opération est assez douloureuse en certains points, comme les lèvres, les narines, la partie inférieure du cou, etc... Les badigeonnages et les frictions avec des solutions et des pommades de cocaïne n'atténuent qu'assez peu les souffrances. Les injections sous-cutanées de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au vingtième ou au cinquantième donnent au contraire une anesthésie marquée dans un rayon de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, mais on peut avoir des accidents d'intoxication générale.

Dès que le courant passe, on voit se produire autour du point opéré une teinte érythémateuse assez étendue, puis, au bout d'un laps de temps variable, quelquefois presque tout de suite, il se forme de l'écume blanchâtre autour de l'aiguille ; enfin, quand on laisse passer le courant pendant un temps assez long, apparaît un petit cercle d'un brun clair au-dessus duquel, dès que l'aiguille est retirée, il se développe une vési-

une sorte de métastase des affections internes, est lorsque la plique qui sévissait dans l'intérieur du corps, sous forme d'éclampsie, d'épilepsie, de rhumatisme, tardait à se montrer au dehors, on provoquait son apparition d'une manière artificielle en enduisant les cheveux de poix,

---

cule transparente qui jaunit et se trouble dès le soir même ou tout au moins dès le lendemain. En même temps, les parties opérées se tuméfient, et, si l'on a détruit plusieurs poils profonds dans la même région, il survient presque immédiatement un empâtement général constituant une sorte de gros noyau induré. Toutes ces lésions, en apparence si considérables, n'ont que fort peu de durée. Quelques heures après, la tuméfaction a disparu en grande partie, sinon en totalité; dès le lendemain, on ne voit plus que quelques petites vésico-pustules ou quelques points rouges correspondant aux piqûres.

Pour les poils très fins, et lorsqu'il s'agit de régions fort sensibles ou très en vue, le Dr L. Brocq conseille d'employer des courants de 2 à 3 milliampères. Quand il s'agit de poils moyens et volumineux il se sert de courants de 4 à 5 milliampères.

Le temps pendant lequel on doit laisser passer un courant d'intensité donnée et mesurée au galvanomètre, varie suivant les qualités de la peau, suivant la région opérée, suivant la profondeur et le volume de chaque poil. Il est fort difficile d'apprécier le moment précis où le poil est détruit. Si l'on exerce des tractions modérées pendant le cours de l'opération jusqu'à ce que le poil cède et vienne au bout de la pince, on détruit d'ordinaire beaucoup trop les tissus; si l'on cesse de faire passer le courant dès qu'il se dégage de la mousse autour de l'aiguille, comme le conseillent beaucoup d'opérateurs, on ne détruit souvent pas assez.

Tout cela est affaire d'habitude, et il est certain qu'un opérateur exercé comprend, d'après les phénomènes qui se passent autour de l'aiguille, quand un poil de grosseur donnée est détruit.

Voici quelques règles que L. Brocq a formulées pour ceux qui n'ont pas l'habitude de ces opérations.

S'il s'agit de poils volumineux placés en des points où de petites traces blanches soient imperceptibles, comme la partie inférieure du menton, on peut faire passer le courant jusqu'à ce que le poil cède à des tractions modérées, ou tout au moins, s'il résiste trop longtemps, jusqu'à ce qu'il se forme autour de l'aiguille un petit cercle d'un brun clair, et lorsqu'il y a déjà de dix à quinze secondes que la mousse s'est montrée avec un courant de 4 à 5 milliampères. Dans ce dernier cas, on regarde au bout de dix à quinze minutes si le poil tient encore. Le plus souvent, il vient sans résistance, ce qui prouve qu'il a été détruit. Sinon, on remet son ablation définitive à une séance ultérieure.

S'il s'agit de poils placés en des endroits assez visibles, tels que la partie supérieure du menton, les joues, on opère en exerçant sur eux des tractions assez fortes avec les pinces. On doit avoir ainsi quelques récidives, mais on se rapproche le plus possible du moment précis où le bulbe est désorganisé.

Enfin, s'il s'agit de poils assez fins et surtout placés en des régions fort douloureuses, délicates, où il faut à tout prix éviter d'avoir la moin-

de miel, et on cherchait à favoriser son développement, en cessant de peigner les cheveux. On craignait même la *rentrée* de la plique, et on évitait soigneusement de la guérir, et même de l'exposer au froid; la disparition graduelle et la chute spontanée de la plique, les hémorrhagies et les douleurs que l'on provoquait quand on voulait la détruire, étaient données comme preuve de sa vie organique. Le champignon attribué à la plique par Günsburg, la distinction de la maladie en mâle et en femelle, sa classification en simple et en compliquée (Alibert), semblèrent établir son existence scientifique. Vers 1850, Beschorner, Hamburger, Hebra, etc., dirigèrent contre la croyance à la maladie de la plique des attaques devenues aujourd'hui inutiles. Nous savons que l'enchevêtrement des cheveux ne se produit que quand on néglige de les peigner, et nous pouvons en trouver des cas chez nous, et partout, chez des personnes qui, par incurie, ou à la suite d'affections douloureuses du cuir chevelu (*eczéma idiopathique* et *eczéma pédiculaire*, *ulcères syphilitiques*), cessent de démêler leurs cheveux, surtout quand ils sont agglutinés entre eux par du pus ou d'autres exsudats. Les endémies de plique sont éteintes, depuis que l'on a engagé les populations à détruire

---

dre cicatrice, comme la lèvre supérieure par exemple, on exerce sur le poil des tractions assez fortes; mais de plus, on cesse de faire passer le courant dès que la mousse s'est formée autour de l'aiguille depuis deux ou trois secondes. On attend ensuite quelques minutes. Si, au bout de ce laps de temps, le poil ne cède pas à des tractions modérées, ce qui arrive parfois, et si les tissus périphériques ne paraissent pas avoir été trop désorganisés, on fait passer de nouveau le courant jusqu'à ce que le poil cède à des tractions assez fortes. Si au contraire, les tissus sont trop atteints, on remet à une prochaine séance la destruction complète du poil. Quand on est exercé, on n'a presque jamais besoin d'opérer de tractions avec la pince pour savoir à quel moment le poil est détruit.

En opérant ainsi que je viens de le dire, on peut détruire de trente à cinquante poils par séance. Ce nombre varie selon la grosseur et la profondeur des poils, c'est-à-dire selon le temps nécessaire à leur destruction. Au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure d'attention soutenue, l'opérateur a besoin de repos, et parfois l'opérée elle-même commence à être fatiguée. On peut faire à un même sujet plusieurs séances par jour, pourvu que la région pileuse soit assez étendue pour que l'on ne détruise pas dans une même journée deux poils trop voisins l'un de l'autre.

Ce dernier précepte est de la plus haute importance au point de vue du résultat terminal, et doit être regardé comme une règle absolue. Il ne faut jamais détruire deux poils assez voisins l'un de l'autre pour que les vésicules qui se forment après l'opération se rejoignent et deviennent confluentes : car on peut être presque assuré qu'il se développera dans ce cas des cicatrices vicieuses, taches blanches, fortes dépressions cupuliformes, ou même, pour peu que la malade y soit prédisposée, de

la plique au moyen du démêloir et des ciseaux, et que les jeunes générations ont appris à se servir régulièrement du peigne.

Les cas sporadiques qui peuvent se présenter doivent être traités comme l'eczéma du cuir chevelu (tome Ier, page 708). On ramollit les croûtes avec de l'huile ordinaire ou antipédiculaire (pétrole, baume du Pérou, huile de naphtol 2 p. 100), ensuite on les détache par des lotions savonneuses, puis on démêle les cheveux avec les doigts et le peigne, en allant de la pointe à la base, et de cette manière on fait disparaître facilement la plique.

HYPERTROPHIE DES ONGLES

On désigne sous ce nom un développement anormal de l'ongle en volume et en étendue. Ces deux altérations ne sont pas toujours concomitantes; mais elles déterminent des changements dans la structure, la couleur, la consistance et la forme de l'ongle.

L'ongle hypertrophié paraît démesurément long, et il dépasse l'extrémité du doigt de plusieurs fois la longueur normale; il peut garder

---

véritables chéloïdes. Nous renvoyons aux travaux de L. Brocq pour l'étude détaillée des traces ultérieures que peuvent laisser les piqûres d'électrolyse; mais on doit bien savoir que ces traces, quelles qu'elles soient, ont de la tendance à disparaître peu à peu.

Il est difficile d'apprécier le nombre exact de poils qui sont radicalement détruits et le nombre de ceux qui repoussent après une première application de l'électricité. Il est fort rare, à moins que l'aiguille n'ait été mal introduite, qu'ils repoussent avec toutes leurs qualités. D'ordinaire ils sont noirs, tortueux, déformés, recroquevillés : leur extrémité libre se termine en massue. Quand l'opération est faite par quelqu'un qui en a l'habitude, on peut estimer à un sur dix environ le nombre de poils qui repoussent.

Lorsqu'on a enlevé par l'électrolyse tous les poils volumineux d'une région visibles au début du traitement; on est loin d'avoir terminé, du moins dans la grande majorité des cas. On voit, en effet, les points opérés se couvrir d'une nouvelle couche de poils réguliers plus fins que ceux que l'on a détruits, à grosse racine pulpeuse assez profonde : ce ne sont pas les poils primitifs qui n'auraient été qu'incomplètement détruits : ce sont des poils nouvellement développés, de seconde couche, qu'il est nécessaire d'enlever pour obtenir la guérison définitive, et l'on doit s'estimer heureux quand d'autres poils nouveaux ne succèdent pas encore à ces poils de deuxième venue.

Il semble donc *à priori* que l'électrolyse fasse grossir le duvet des régions fréquemment opérées, en y déterminant une sorte d'excitation ou d'irritation. Mais le problème est probablement beaucoup plus complexe, et réclame des études ultérieures pour pouvoir être élucidé.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

sa largeur, sa direction, sa contexture, ou être, dans sa partie libre, mince, vitreux, cassant, ou bien élargi, épaissi, opaque, rugueux, en forme de griffe, crochu, recourbé (*onychogriphose*). D'autres fois, il n'est pas allongé, mais, bien que d'une structure normale, il est élargi, de sorte que ses bords s'enfoncent dans la rainure unguéale, y produisent de la douleur, de l'inflammation, de la suppuration, des hémorrhagies, des granulations luxuriantes (*paronychie*). Dans certains cas encore, l'ongle est irrégulièrement épaissi, bosselé, raboteux, relevé en pointe, dur ou cassant, recouvert à sa surface de sillons longitudinaux et transversaux, de fossettes (*asperitas*, *scabrities unguium*), rugueux à son bord antérieur, boursouflé et dense, ou à texture lâche ou enfin décollé. Ces diverses modifications peuvent atteindre un seul ongle, aux doigts ou aux orteils (ceux-ci plus fréquemment), ou bien elles s'étendent à tous à la fois.

Anatomiquement, l'ongle hypertrophié et dégénéré ne présente qu'une disposition et une structure anormales des cellules cornées. A cela, s'ajoute dans les formes chroniques et avancées de l'hypertrophie, un développement des papilles de la matrice unguéale, lesquelles s'avancent dans le corps de l'ongle sous forme de pulpe vasculaire, sur une longueur de plusieurs millimètres, jusqu'au delà du milieu du lit de l'ongle. Aussi, sur une coupe faite à cette hauteur, rencontre-t-on un certain nombre de papilles saignantes. Dans les formes aiguës et passagères, on trouve, au contraire, un simple gonflement hyperhémique ou inflammatoire des papilles, ou même on ne constate pas d'altération appréciable. Le lit de l'ongle n'est souvent pas lésé d'une façon notable, ou bien ses bords sont hypertrophiés et pourvus de papilles nombreuses (Virchow); il s'y produit alors également une hyperplasie épidermique, qui épaissit l'ongle par en bas ou le soulève de son lit. Ces altérations sont en rapport avec la cause spéciale de l'hypertrophie. Dans certains cas, elle est due à une prédisposition congénitale. Rarement, elle tient à ce que l'on néglige de couper périodiquement les ongles; plus souvent, elle est amenée par des pressions répétées et prolongées sur les orteils, surtout ceux des extrémités du pied (le gros et le petit orteil), pressions qui, sur d'autres points de la peau, donnent lieu à des productions analogues, callosités et hypertrophie papillaire. Enfin, cette hypertrophie peut être due à toutes les maladies chroniques de la peau, lesquelles déterminent sur d'autres points une infiltration cellulaire des papilles et une hyperplasie épidermique, tels que l'eczéma chronique, le psoriasis, le lichen ruber, l'éléphantiasis des Arabes, la lèpre, la syphilis, l'ichthyose. Dans cette dernière affection, on observe souvent l'altération gryphosique des ongles. Dans la syphilis, la maladie se localise fréquemment sur une partie de l'ongle, correspondant

à une papule, infiltrant une partie des papilles de la matrice unguéale, et elle est persistante, dans les cas où une partie des papilles a été détruite par excoriation ou ulcération. L'eczéma, le psoriasis, le lichen ruber, déterminent des altérations de tous les ongles, même lorsque ces affections n'atteignent pas les doigts; il y a là une sorte d'influence réflexe (1). Un certain nombre d'états morbides de toute l'économie semblent pouvoir altérer les ongles, les faire tomber par parcelles; la diathèse syphilitique, par exemple (*onychie syphilitique*, Hutchinson); toutefois cette variété d'onyxis ne paraît pas différer de celle qui survient à la suite de la chlorose ou d'états fébriles aigus (Vogl) (*psoriasis unguéal*, Anderson), et qui est analogue aux desquamations observées sur d'autres régions du corps dans les cas d'affaiblissement de la nutrition générale (*pityriasis tabétique*, *séborrhée du cuir chevelu*). On peut aussi observer aux doigts, dans l'asphyxie locale des mains et dans la sclérodactylie, de semblables onychiadis (2).

Le pronostic de l'altération des ongles que nous venons de décrire, dépend de sa cause et de la facilité que l'on peut avoir à la faire disparaître; fâcheux dans les formes qui dépendent d'un état général, il est plus favorable dans celles qui tiennent à des altérations locales, ou à des exanthèmes chroniques.

Le traitement n'a de résultat que dans quelques formes déterminées : les ongles en griffes et ceux qui sont simplement allongés doivent être coupés avec les ciseaux ou à l'aide d'un sécateur; les prolongements papillaires sont cautérisés. L'onyxis qui tient à une localisation syphilitique guérit rapidement à l'aide de l'emplâtre mercuriel. Les aspérités unguéales qui accompagnent l'eczéma, le psoriasis, le lichen ruber, sont influencées favorablement par tous les moyens qui agissent sur ces affections elles-mêmes, le diachylon, les applications de solution de potasse et de sublimé, les doigts de gants en caoutchouc, l'emplâtre salicylé. La formation de l'ongle redevient normale, quand l'altération du lit papillaire cesse, mais il est évident que l'amélioration

---

(1) (2) Les altérations des ongles *dans les maladies cutanées* sont à peu près toutes indiquées ou décrites d'une manière suffisante dans le *texte courant*, ou dans les *notes des traducteurs*.

Mais il existe une série très nombreuse et très variée de lésions des ongles, à la suite de toutes les maladies, aiguës ou lentes, qui altèrent la *nutrition générale*, et un grand nombre de lésions *spéciales* à des cachexies, dont nous ne pouvons que marquer la place. La littérature médicale contient quelques essais d'*onychopathologie générale*, mais il n'en est aucun de complet, ni qui soit au courant de l'état actuel de la science.

E. B. — A. D.

ne peut porter que sur la partie nouvelle de l'ongle, sur celle qui s'avance hors de la matrice unguéale, et non pas sur la partie déjà altérée. Aussi, comme la croissance de l'ongle se fait très lentement, et qu'il faut plusieurs mois pour que l'ongle nouveau ait remplacé l'ancien, on n'apercevra l'amélioration qu'assez tard, parfois longtemps après que l'affection primitive sera guérie.

Au même titre, et d'une façon tout aussi lente, agit la médication interne par l'arsenic et le fer, dans le cas où celle-ci est indiquée (*chlorose*, *psoriasis*, *lichen*).

L'ongle incarné (*paronychie*), auquel certains chirurgiens appliquent l'arrachement ou la section complète de l'ongle, peut être guéri par le traitement suivant, qui ne détermine presque aucune douleur. On glisse fil par fil, à l'aide d'un stylet, entre le bord de l'ongle et la rainure correspondante, un petit pinceau de charpie de la longueur de l'ongle; on applique quelques bandelettes d'emplâtre de savon, destinées à fixer la charpie et à détacher l'ongle de la rainure. On répète le pansement chaque jour, ce qui devient très facile une fois l'écartement obtenu. Le bord ulcéré guérit rapidement, ou bien on le détruit par la section ou la cautérisation (poudre d'alun, perchlorure de fer, pierre infernale, etc.) (1).

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

Hypertrophies du tissu conjonctif. — Hyp. diffuses : sclérodermie. (Aïnhum. — Appendice : sclérème des nouveau-nés) et éléphantiasis des Arabes. — Éléphantiasis télangiectode et nerveux. Myxœdème. — Hyp. circonscrites : papillome (frambœsia).

Les affections de la peau dues à l'hypertrophie du tissu conjonctif se présentent soit sous forme d'épaississements diffus, superficiels de la peau, — sclérodermie et éléphantiasis des Arabes — soit sous forme de tumeurs limitées, proéminentes, papillome (frambœsia).

---

(1) Le nitrate de plomb en poudre, le bromure de potassium, en poudre, appliqués sur les fongosités de l'ulcère latéro-unguéal, les détruisent très sûrement, et sans désordre de voisinage. Les pansements avec la solution normale de perchlorure de fer réussissent aussi quelquefois très bien. Il reste toutefois, dans les cas invétérés et longtemps négligés, des formes rebelles qui réclament la résection latérale. E. B. — A. D.

HYPERTROPHIES DIFFUSES DU TISSU CONJONCTIF SCLÉRODERMIE

Sclérème des adultes : telle est la désignation sous laquelle Thirial, en 1845, a décrit l'affection de la peau dont nous avons à nous occuper maintenant, et que, avant lui, Curcio (1752), Henke (1809) et Alibert (1817) avaient mentionnée. Plus tard, on l'appela également *sclérodermie* (1), *sclérème, chorionitis, sclérosténose cutanée* (Forget), *cutis tensa chronica* (Fuchs), *kéloïde d'*Addison, *éléphantiasis scléreuse* (Ramussen), *sclérème cutané cicatrisant* (Wernicke), *sclerosis telæ cellulosæ et adiposæ* (Wilson), etc.

Mais, tandis qu'en somme on voudrait comprendre sous les dénominations multiples mentionnées jusqu'à présent le même processus que Alibert, ainsi que E. Besnier l'a fait remarquer avec raison, a le premier décrit en 1817 d'une manière caractéristique, on remarque dans ces dernières années, chez bon nombre d'auteurs, une tendance à appliquer des noms prétentieux aux formes de localisation diffuses et partielles du processus. Car, pour quelques médecins, certaines formes analogues à la sclérodermie, que Erasmus Wilson et après lui d'autres auteurs anglais ont désigné comme morphée, paraissent être de la sclérodermie vraie, ou du moins avoir avec elle des rapports très intimes. Relativement à cette dernière, d'autres médecins pensent que la théorie de l'origine trophoneurotique est plus applicable ici (Schwimmer) ; enfin, d'autres encore confondent à tort avec la sclérodermie, la sclérodactylie des auteurs français (Ball, Hallopeau, Dufour, Lépine).

Ainsi E. Besnier propose pour la forme diffuse et généralisée de la maladie le nom de sclérémie (sclérème, Alibert), pour les scléroses partielles (dermato-scléroses en plaques) et pour la morphée des auteurs anglais celui de sclérodermie ; Hardy distingue encore aujourd'hui trois

---

(1) (Elie Gintrac, de Bordeaux). E. B. — A. D.

(2) C'est bien à Alibert, en effet, et non à Thirial, nous avons pris soin de l'établir antérieurement — *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. I, 1880, *Observ. pour servir à l'histoire des dermato-scléroses*, et 1re *édition* de cette *Traduction*, T. II, p. 115, note 1 — que l'on doit la description première, de la maladie nommée *sclérodermie* par Elie Gintrac — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1847 — Trente ans auparavant, Alibert — *Nosologie naturelle*, T. I, in-folio, p. 494, 498 ; Classe des *Trophopathies*, Famille des *Ethmoplécoses*, maladies du *corpus cribosum* (tissu lamineux), genre II, *Sclérémie* — l'avait décrite dans ses différentes variétés, sous le nom de *sclérémie*.

E. B. — A. D.

formes de la maladie : 1° sclérodermie œdémateuse (sclérémie, de Besnier); 2° sclérodermie en plaques; 3° sclérodermie des extrémités, c'est-à-dire la sclérodactylie.

Il nous semble préférable de garder la désignation de sclérodermie (*sclérème des adultes*), en opposition avec une affection voisine, le *sclérème des nouveau-nés*. Car je ne crois pas que les formes partielles du processus aient une signification différente de celles des formes diffuses et généralisées (Besnier) (1).

Quoique rare, la sclérodermie a donné lieu dans la littérature médicale à un nombre assez considérable d'observations, qui probablement

---

(1) Nous examinerons, dans les notes suivantes, en quelle mesure les lésions cutanées, dans les dermato-scléroses, sont assimilables, et de quelle façon on peut entrevoir la raison de leurs analogies et de leurs différences.

Mais ces analogies anatomiques fussent-elles parfaites, il n'en resterait pas moins, entre les différentes *formes cliniques* que revêtent ces scléroses de la peau, des *différences profondes* sous le rapport de la marche, de l'évolution, du pronostic et du traitement, lesquelles doivent être traduites par des mots, et spécifiées par des qualifications propres.

C'est pour satisfaire à cette exigence que nous avions proposé à plusieurs reprises, et pour la dernière fois en 1884 — Sclérémie et sclérodermies, *in Semaine médicale*, p. 50 — de réunir *les* sclérodermies sous le nom de *dermato-scléroses*, et de les diviser provisoirement comme il suit :

« Les *dermato-scléroses*, considérées comme *genre* dermatologique, comprennent deux *espèces* cliniquement distinctes : — la première, *généralisée*, ou très étendue, sclérodermie de Gintrac, œdématie concrète de Doublet, sclérémie de Chaussier, sclérémie généralisée des adultes d'Alibert, sclérème des adultes de Thirial, sclérodermie œdémateuse de Hardy, etc., etc.; nous proposons de la désigner simplement sous le nom de SCLÉRÉMIE; — la deuxième espèce du genre réunit une série nombreuse de *types morbides*, incomplètement déterminés encore, mais parmi lesquels, au point de vue pratique, les médecins et les chirurgiens doivent dès maintenant connaître les *morphées*, ou sclérodermies en plaques (les sclérodermies *lardacées* par-dessus tout, pour ne pas les confondre avec des carcinodermes); la sclérodactylie de Ball, et les sclérodermies *asphyxiques* et *mutilantes* des extrémités ; ce sont ces formes pathologiques diverses auxquelles nous appliquons, plus particulièrement, la dénomination de SCLÉRODERMIES. »

Nous sommes prêts à faire bon marché des mots que nous avons mis en usage, mais il n'en reste pas moins des *groupes de faits*, *assimilables* sous le rapport clinique, et qu'il s'agit de préciser :

a) Les *sclérémies*, sclérème des adultes, sclérodermie œdémateuse de Hardy, sclérose aiguë ou subaiguë de la peau, massive, évoluant d'emblée à la manière des œdèmes;

b) Les *dermato-scléroses localisées*, *partielles*, systématisées ou non,

sont aujourd'hui au nombre de plus de cent (1). J'ai moi-même, dans ces trois dernières années, observé un nombre relativement considérable de sclérodermie, environ trente cas, dix-huit dans ma clientèle privée, six à la clinique et six à la consultation gratuite. Le caractère spécial de cette maladie fait que les individus qui en sont atteints ne viennent que rarement à l'hôpital, plus rarement encore y restent pour se faire traiter. Ces trente cas se produisirent chez treize hommes et dix-sept femmes (2). Toutefois, les connaissances que nous possédons sur cette affection ne dépassent pas les limites d'une symptomatologie, assez exacte du reste.

La sclérodermie, ou sclérème des adultes, est une affection chronique (3) caractérisée, en dehors de toute inflammation ou d'une altération notable de l'état général, par une dureté diffuse, dont la consistance atteint celle d'une planche, une rigidité et un raccourcissement relatif de certaines parties limitées ou très étendues de la peau. L'affection envahit d'une façon irrégulière les diverses régions du tégument externe, mais surtout la moitié supérieure du corps, plus rarement les membres inférieurs; tantôt elle se localise sur de petites régions, entre lesquelles la peau est tout à fait normale; tantôt elle s'étend d'une

---

comprenant la morphée, les dermato-scléroses en plaques, bandes, stries, etc., etc.

c) La *sclérodermie progressive chronique d'emblée*, MALADIE GÉNÉRALE, ayant, pour localisations cutanées, des scléroses *régionales* plus ou moins étendues et multipliées, *symétriquement* développées — face, membres, lèvres, extrémités (sclérodactylie de Ball) — et comportant des localisations extra-cutanées multiples — musculaires, osseuses, splanchniques. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) (2) Ce que le professeur KAPOSI dit de la « rareté » de la sclérodermie doit être entendu surtout de la sclérose cutanée *généralisée;* mais si l'on réunit sous le même vocable toutes les dermato-scléroses, la maladie ne mérite plus le nom de rare. Dans un travail important — De la sclérodermie, *Thèse de Paris*, 1886, — E. BOUTTIER a pu en réunir 268 observations, 186 femmes, 82 hommes, soit trois cas chez des femmes, pour un cas chez l'homme.

Le même auteur place la plus grande fréquence de la maladie entre vingt et trente ans; il la retrouve encore assez souvent jusqu'à quarante ans, et il n'en mentionne que deux cas après soixante-dix ans; dans l'enfance, la maladie peut se produire entre deux et quatre ans. E. B. — A. D.

(3) Comme la sclérémie, la sclérodermie généralisée diffuse peut avoir un début brusque, une marche rapide, prendre ensuite l'allure subaiguë, et évoluer en quelques mois jusqu'à la terminaison, bonne ou mauvaise. Le plus souvent, l'évolution est lente dès l'origine, et conserve cette allure. E. B. — A. D.

façon diffuse à de grandes surfaces, telles que le dos, la partie inférieure de l'abdomen, les muscles, le visage. Selon les différences de siège, d'étendue, de degré que présente le processus local ou l'état morbide général, chaque cas de sclérodermie prend aussi une forme plus généralisée; tantôt il conserve son caractère primitif, tantôt il prend une forme spéciale.

Le symptôme le plus frappant présente l'aspect morbide que j'ai décrit comme la première période de la sclérodermie, la sclérose de la peau. Elle apparaît sous forme de taches irrégulières, d'une étendue variant de celle d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main, ou plus encore; ou bien elle est caractérisée par des traînées en ruban, tendues, enfoncées ou élevées comme des arêtes; ou par un épaississement diffus et uniforme de tout le tégument. La partie sclérosée est simplement séparée de la peau saine ou par une aréole variant du rose au rouge bleu, ou bien la partie malade se perd en quelque points dans le tissu normal environnant (1). Cette même partie sclérosée est légèrement proéminente ou plane, ou bien un peu déprimée (2); lisse à sa surface ou recouverte d'un épiderme ridé, à

---

(1) Quand la sclérose cutanée n'occupe pas un segment entier de membre, lorsqu'elle est disposée en îlots, plaques, etc., particulièrement dans le type *morphée*, les troubles vasomoteurs pré-sclérosiques se retrouvent à la périphérie sous forme d'hyperhémies passives disposées en halo — anneau lilas périphérique, *lilac ring* des auteurs anglais.

Lorsque la plaque de sclérose, dans un processus curatif toujours lent, rétrocède, on voit le *lilac ring* diminuer d'intensité et de ton, puis disparaître, et être remplacé par un anneau faiblement pigmenté.

Les phénomènes vasomoteurs, congestifs, sont dans le *plan général* de la sclérodermie ; ils se manifestent surtout dans les phases actives, chez les jeunes sujets, et quelquefois non pas seulement alentour des plaques sclérosées, mais d'une manière diffuse ; on les retrouve sous le type *asphyxique* aux extrémités, pendant les périodes régressives, atrophiques et dystrophiques. E. B. — A. D.

(2) La sclérose cutanée offre une assez grande variété d'aspect aux différentes phases, selon les régions, et selon les cas : au début, c'est un *réseau* fin et superficiel, à mailles inégales, dessinant des stries entrecroisées, un peu surélevées, luisantes, comme vernissées ; il faut une certaine délicatesse de palpation pour y percevoir, tout d'abord, l'induration. La région sous-claviculaire, les espaces inguinaux, la face interne de la cuisse ou les plis articulaires, sont les lieux où ce mode de début peut être surtout relevé.

A ces réseaux sclérosiques succèdent des *plaques*, que l'on reconnaît, à la coloration mate de leur aire, qui peut être éburnée, ou finement plissée, légèrement élevée, ou déprimée.

Sur les membres, ces plaques s'étendent dans la parallèle sous forme de bandes allongées souvent superficielles — *plaques parcheminées* —

squames minces, luisante ou mate, d'un blanc sale, cireux ou d'une couleur d'albâtre, d'une teinte variant du rose au rouge brun ou présentant une coloration diffuse brun foncé et même bronzée, parfois recouverte de taches pigmentaires jaunes ou brun foncé, analogues aux éphélides, entremêlées de points et de raies blanches, sans pigment et un peu affaissées(1). La pression du doigt ne laisse pas sur le tégument

---

dont nous avons fait représenter le type dans la pièce 426 du Musée de l'hôpital Saint-Louis, année 1887.

A l'abdomen, aux régions mammaires, les lignes du réseau initial persistent, s'accroissent, *s'élèvent*, et constituent des *stries* saillantes, dures, disposées à la manière des vergetures, qu'elles simulent au premier abord, mais dont elles se distinguent par le niveau, la dureté; perceptibles à la main — *stries parcheminées*, *vergetures scléreuses*. — On les trouvera très bien représentées dans la pièce 425 du Musée, que nous avons fait mouler sur nature en 1877.

Au-devant du thorax, à la région sternale, et quelquefois sur les membres, la sclérose cutanée produit quelquefois des plaques saillantes — *plaques chéloïdiennes*, *pseudo-chéloïdes scléreuses* — de un à plusieurs centimètres, qu'il pourrait être difficile de distinguer des chéloïdes multiples s'il n'existait pas, en même temps, d'autres lésions sclérodermiques.

A ces diverses manifestations succéde la sclérose diffuse en nappes, laquelle peut aussi se produire d'emblée, sans passer d'une manière appréciable par les phases précédentes.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La *pigmentation* de la peau occupe un rang élevé dans le complexus sclérodermique, à la fois en raison de sa signification anatomique et à cause de sa valeur sémiologique. Quelquefois elle constitue par sa généralisation, et par son intensité, une véritable mélanodermie, à ce point que l'on a pu — d'ailleurs sans fondement réel — essayer de confondre la sclérodermie et la cachexie surrénale. Cf. Auspitz — Ein Fall von Sklerodermie, *in Wien. med. Wochenschr.*, T. XIV, n[os] 47 à 50, 1864. J.-M. Rossbach — Addison'che Krankheit und Sklerodermie, *in Virchow's Archiv.*, 1864, T. L, p. 566 et suiv.; Féréol, Sclérodermie généralisée avec teinte bronzée et vitiligo ponctué *in Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 2[e] série, T. XV, 1878, p. 243; R. Schultz, Sklerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie, *Neurologisches Centralbl.*, 1889, n[os] 12, 13 et 14.

En fait, la pigmentation cutanée est un élément considérable de la nosologie et de la nosographie des dermato-scléroses, et l'existence ou l'absence de la sclérodermie doit être, à présent, discutée dans les cas de mélanodermie ambiguë.

Les formes diverses sous lesquelles se manifeste la dyschromie cutanée dans les dermato-scléroses sont très variées. Indépendamment des pigmentations disséminées au niveau même des surfaces éburnées, on en trouve souvent à la périphérie des plaques, ou des grandes nappes

sclérosé de dépression persistante ; mais la peau présente au toucher la consistance d'une planche ; elle est rigide, froide comme celle d'un cadavre congelé ; on peut à peine y faire un pli ou la mouvoir sur les parties sous-jacentes, aponévroses, muscles, périoste, sur lesquelles elle est tellement adhérente, qu'elle semble ne faire qu'un avec elles. Elle est en même temps rétractée et éraillée, trop étroite pour les organes qu'elle doit contenir. Quand elle atteint les plis du bras ou des phalanges, la sclérose les fixe dans une demi-flexion, tandis que sur le côté de l'extension, la peau est tendue passivement. Quand le visage est atteint, les traits sont raides, immobiles, et le jeu de la physionomie est complètement impossible. Ni la douleur, ni la joie ne peuvent changer ce visage, qui paraît taillé dans du marbre. Par suite de la rétraction de la peau, le nez est aplati, la bouche rétrécie, difficile à ouvrir. Des traînées de peau sclérosée sont parfois affaissées, comme attirées par un lien sous-cutané, ou forment des bourrelets saillants. Souvent aussi la sclérose s'étend sur le sein, le divise en deux parties ou déprime le mamelon en forme de nombril. La température des parties atteintes est normale, parfois un peu augmentée, en règle générale cependant diminuée ; cette diminution peut aller jusqu'à 1 1/2 degré. La pression y est assez douloureuse, mais il est rare qu'il s'y manifeste des douleurs ou des cuissons spontanées ; le plus souvent les malades n'y éprouvent qu'un sentiment de tension, des démangeaisons, ou parfois des douleurs profondes (siégeant dans les os).

La sensibilité tactile y est normale, rarement un peu émoussée. La sécrétion sudorale a été trouvée parfois un peu altérée, la sécrétion

---

sclérodermiques, dans des régions non encore atteintes ou non encore indurées, là surtout où il existe des frottements et des pressions : le col, la ceinture, les flancs, le sacrum, les lignes osseuses sous-olécraniennes et sous-rotuliennes, etc.

Beaucoup de sujets, à la période confirmée de la sclérodermie, sont plus ou moins bronzés — chloasma sclérodermique — et pour peu qu'ils soient misérables, phtiriasiques, cachectiques, la pigmentation peut prendre chez eux de très grandes proportions, même en dehors de toute complication de tuberculose, ou de localisation circum-rénale. On trouve alors, indépendamment de la teinte bronzée générale, de grandes surfaces mélanodermiques occupant le col, le tronc, et bordant les nappes d'atrophie scléreuse colorées en blanc jaune, vieil ivoire. S'il existe, en même temps, des régions achromateuses, ou même simplement anémiées, l'aspect se rapproche de celui du vitiligo, et le mot est souvent usité par les observateurs.

Le plus ordinairement, la pigmentation est diffuse, en ilots plus ou moins irréguliers, à moins qu'elle ne soit dessinée en *lignes* par les arêtes osseuses, ou disposée en *ponctuations* simulant le tatouage, dans

sébacée y est au contraire toujours normale. La sclérodermie ne modifie du reste ni la nutrition ni les fonctions de la peau qui en est affectée; celle-ci peut donc, à la suite d'irritations chimiques ou mécaniques, s'enflammer et s'ulcérer, ou être atteinte d'érysipèle, d'acné, de variole, de zoster.

Dans un cas observé récemment à notre clinique, une injection sous-cutanée de 0,01 de muriate de pilocarpine n'a pu provoquer, malgré une transpiration d'ailleurs générale, que des sueurs modérées aussi bien sur les parties sclérosées de la peau que sur celles déjà atrophiées.

Dans quelques cas, on a trouvé des traînées dures, rétractées, semblables à des cordons, sur la muqueuse de la langue, des gencives, du voile du palais, du pharynx (Arning, Sedgwick, Fagge, Hallopeau), une fois, sur le vagin et la partie vaginale du col (Heller), et sur la muqueuse du larynx.

La localisation de la sclérodermie est en général très irrégulière. Quand elle a une marche diffuse, elle envahit principalement la peau de la face et des bras, des régions cervicale, scapulaire et claviculaire, plus rarement les cuisses, les jambes, les fesses, la partie inférieure de l'abdomen. J'ai observé l'extension la plus considérable de la sclérose chez une vieille demoiselle de Buda-Pest, âgée de quelques vingt ans, chez laquelle il n'y avait d'indemnes que quelques doigts, et des bandes de la largeur de la main — à l'épigastre.

Cette malheureuse était tout entière enfermée comme dans une cuirasse qui la comprimait de tous les côtés dans le sens le plus strict du mot, faisait obstacle à la respiration, au mouvement, ainsi qu'à

---

les cas où le pigment s'accumule autour des orifices folliculaires. FÉRÉOL, décrivant — *loc. sup. cit.* — ces pigmentations, s'est servi du terme de *vitiligo ponctué;* nous avons nous-mêmes observé cette localisation dans un cas type de scléro-mélanodermie, sur une malade misérable et cachectique, dont la peau était, sur un grand nombre de points du col et du tronc, littéralement tatouée par la confluence et la multiplicité extraordinaires des pigmentations ponctuées.

Enfin, bien que les auteurs aient souvent employé, improprement, le terme de *vitiligo* pour désigner les dyschromies sclérodermiques, on observe quelquefois une véritable achromo-hyperchromie, c'est-à-dire un vitiligo vrai, développé simultanément avec la sclérose cutanée, sous forme de grandes nappes constituées de taches blanches avec achromie pilaire, et bordées de zones hyperchromiques garnies de poils hyperpigmentés.

Nous avons cherché souvent, sans jamais les rencontrer, les pigmentations des surfaces muqueuses, que quelques auteurs ont cru relever: elles ne sont certainement pas, comme les pigmentations cutanées, dans le plan typique de la maladie.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

la gaieté. Le plus souvent, à côté de ces infiltrations diffuses, il y a encore des plaques circonscrites sous forme de bandes et de traînées. Celles-ci sont d'ordinaire localisées en dehors de toute loi anatomique, dépassent la ligne médiane du corps et croisent dans différentes directions son axe longitudinal, ainsi que la direction principale des nerfs et les lignes de la peau (1).

Toutefois on rencontre souvent aussi une conformité frappante de la localisation et de l'expansion de la sclérodermie selon la direction des nerfs périphériques et la localisation unilatérale, comme dans le zoster, correspondant par exemple à un ou plusieurs rameaux du trijumeau, ainsi que Hutchinson, Higgens et Nettelschip l'ont indiqué. Je l'ai moi-même remarqué dans les dix-huit observations de ma clientèle privée.

Un cas, le long du nerf frontal droit chez un garçon de seize ans.

Un cas à droite, d'un seul côté, correspondant au plexus inférieur du cou et du bras et au premier et deuxième nerf thoracique, tout à fait analogue à un zoster cervico-brachial droit chez une jeune fille de douze ans.

Un cas à droite, d'un seul côté, le long des rameaux du trijumeau, sous forme de traînées et de taches sclérosées chez une jeune fille de quatorze ans.

Un cas, le long du nerf saphène droit chez un médecin (2).

---

(1) Voyez la remarquable étude de Hallopeau — Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie de certains os, et arthropathies multiples, *Société de Biologie*, 7 décembre 1872. E. B. — A. D.

(2) Nous avons déposé, en 1885, dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le numéro 1055, un type de sclérodermie systématisée à la manière d'un zona, étendue du moignon de l'épaule à la face dorsale des trois premiers doigts du membre supérieur gauche.

A l'épaule, la plaque indurée occupe tout le moignon, empiétant sur les régions sus et sous-épineuses de l'omoplate d'une part et, de l'autre, jusque vers la base du col. De là, elle s'étend dans la fosse sus-claviculaire, couvre le tiers externe de la clavicule, qu'elle dépasse en bas de 2 centimètres. Au-dessous de ces points, l'induration scléreuse de la peau se rétrécit en forme de ruban, longe, au bras, la ligne d'union des faces antérieure et externe, atteint le pli du coude dont elle forme la limite externe, puis s'applique intimement au radius qu'elle recouvre dans toute son étendue.

Arrivée au poignet, cette bande scléreuse occupe son tiers externe et se termine en s'étalant sur la face dorsale du pouce, de l'index, et sur la moitié externe de la face phalangienne du médius, c'est-à-dire *rigoureusement* sur les portions du poignet et du dos de la main innervées par le radial.

Il n'y a pas d'anneau lilas périphérique; on remarque des pigmentations fauves occupant une grande partie de la dermato-sclérose.

L'avant-bras est retenu en demi-flexion sur le bras par la tension de la bande scléreuse huméro-radiale.

Les portions centrales sont lisses, saillantes, luisantes, les parties péri-

La sclérodermie se développe d'ordinaire dans l'espace de quelques jours, d'une façon aiguë, mais insensible, sur des points de la peau tout à fait intacts. Ce n'est qu'en y portant la main par hasard, ou en

---

phériques hyperpigmentées selon un bord irrégulièrement linéaire. La consistance des zones centrales lardacées était très dure, la peau rigide, incapable d'être pincée ni plissée.

La bride saillante du pli du coude était rétractée, semblable à une cicatrice de brûlure; tout le long du radius la bande sclérodermique est littéralement collée sur le radius dont on ne peut la dissocier.

Nulle trace d'œdématie; nulle douleur spontanée, ni provoquée, à moins que l'on ne veuille forcer l'extension de l'avant-bras. Nul trouble de la sensibilité dans aucune de ses manifestations. Nulle tendance à l'érosion ni à aucune autre lésion irritative ou nécrosique.

L'observation de ce cas a été publiée dans la monographie de notre élève E. Collin — Contr. à l'étude de la Sclérodermie, *Thèse de Paris*, 1886 — et reproduite par Bouttier, *loc. sup. cit.*, Obs. XI.

Ces formes de sclérose cutanée s'éloignent de la morphée par l'absence de la zone lilas périphérique, par les phénomènes de rétraction en brides, mais non par la systématisation. La morphée la plus nette peut être systématisée, zostériforme, et nous pourrions en produire un grand nombre d'observations.

En juin 1886, nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis un cultivateur de trente-six ans qui portait sur le côté gauche du thorax, depuis trois mois, une morphée zostéroïde constituée par une large plaque qui, commençant à quatre travers de doigt du côté gauche du rachis, environ au niveau de la dixième dorsale, se terminait en avant, exactement sur la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic en suivant une ligne oblique de haut en bas, absolument semblable à celle d'un zona. A la périphérie, *lilac ring* caractéristique; au centre, coloration blanche, luisante, surface légèrement plissée; quelques très fines arborisations vasculaires, induration lardacée.

Tels encore les deux cas suivants que nous avons fait mouler et qui sont déposés dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis :

Pièce 837, année 1882. — Très beau type de morphée, constitué par deux placards dermato-sclérosiques dont la disposition générale est zostéroïde. Large anneau lilas périphérique, présentant à son contour interne une série de fines télangiectasies. Centre lardacé jaunâtre, montrant les mêmes varicosités élégantes. L'observation est publiée dans la *Thèse* de Collin, *sup. cit.*, Obs. VI.

Pièce 923, année 1883. — Sur une vaste nappe lilas occupant toute la face interne de la cuisse, ont apparu des îlots scléreux exactement comme s'y seraient développés des groupes vésiculeux de zona sur une base érythémateuse préalable.

Dans quelques cas plus rares, ce n'est pas seulement à un département nerveux d'un membre et du tronc que la systématisation de la dermato-sclérose peut être étendue, mais à un côté entier du corps. Nous avons observé, du mois de juillet 1881 au mois d'avril 1882, un enfant de six ans dont la sclérodermie, commençant au niveau de la clavicule et se terminant sur le dos du pied, était développée sur le côté droit du corps.

y ressentant une certaine tension, que les malades s'aperçoivent de cette altération (1).

Parfois aussi l'induration de la peau est précédée durant quelques jours par une infiltration pâteuse, ou une injection érythémateuse rouge vif. J'ai vu celle-ci persister pendant des semaines sans changement, jusqu'à ce qu'à sa place il survînt de la pâleur et en même temps de l'induration (2). Une fois que la peau est arrivée à ce degré caractéristique de sclérose, le processus local a atteint son summum.

Les plaques et les traînées de slérose peuvent rester stationnaires pendant un temps variable, ou s'étendre aux parties avoisinantes ; dans ce cas, la tache, d'abord bien limitée, s'entoure d'une aréole rose d'injection.

C'eût été une véritable *hémi-sclérodermie*, si nous n'avions pu relever sur le côté gauche quelques petites *scléroses parcheminées* brillantes, lisses, en forme de stries, qui eussent certainement échappé à un œil non exercé. L'observation VIII de la *Thèse* de Collin, *loc. sup. cit.*, relate quelques particularités de ce fait important, avec quelques indications à rectifier, telles que la localisation du vitiligo qui est indiquée comme appartenant au côté gauche, tandis qu'elle existait, en réalité, du côté droit.

Enfin, on peut observer une systématisation régulière sur les deux côtés du corps — Voy. J. J. Pringle, Symmetrical guttate Scleroderma, exhib. Jan. c, 1886 to the Clin. Soc. of London, *Transact.*, vol. XIX.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cela est vrai pour quelques sclérodermies progressives à foyers disséminés, et pour beaucoup de scléroses partielles, mais ne s'applique pas à la majorité des sclérodermies généralisées, ni surtout à celles qui se développent, par exemple, d'une manière symétrique sur des membres entiers dans le type sclérémique, et avec une certaine acuité. Voyez, par exemple, le cas de Blachez — *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, 2e série, T. XV, 1878, p. 254. — Un jardinier de trente-quatre ans éprouve d'abord, pendant deux ou trois mois, des troubles de sensibilité aux membres supérieurs, en même temps que ses mains, engourdies et douloureuses, deviennent rouges. Du troisième au cinquième mois, les extrémités se tuméfient, et c'est seulement vers le cinquième mois que la dureté s'est manifestée. Vidal a insisté avec grand soin sur les phénomènes *pré-sclérodermiques*, — voy. même *Recueil*, même page, — troubles de la sensibilité, algidité, asphyxie locale, auxquelles *succède* l'induration, et sur la *préséance* dans le processus envahissant — *zone d'envahissement* — de la phase vasomotrice, cyano-œdémateuse.

E.-B. — A.-D.

(2) Les dermato-scléroses chroniques comportent une *période prodromique*, ou prémonitoire, dans laquelle on relève des symptômes indiquant que le *système vasomoteur* et le *système nerveux* sensitif sont dans une condition pathologique :

Les *troubles vasomoteurs* consistent essentiellement en *érythèmes*

La marche de la maladie peut présenter deux formes : ou bien la sclérose disparaît complètement, et la peau reprend sa structure, sa souplesse, sa mobilité normales ; ceci peut se faire sur certains points au bout de quelques jours, sur d'autres, après des mois.

Des médecins moins expérimentés sont ensuite très disposés à inscrire à l'actif d'un traitement récemment employé cette régression de la sclérose. Mais avec la disparition de ces foyers sclérosés la maladie cependant n'est pas guérie pour cela, car l'affection atteint alors d'autres régions ou se reporte sur celles qui ont été guéries une première fois. Dès lors, la peau sclérosée, qui est d'abord dense, dure, épaisse, s'atrophie, devient mince, parcheminée ; elle prend une teinte blanche comme les cicatrices, ou rouge luisant ; elle se couvre de pigment d'une manière irrégulière, se rétracte, se tend, se fixe de plus en plus. Le pannicule adipeux sous-jacent et même les muscles s'effacent sous l'influence de la pression, de façon que la peau atrophiée semble adhérer directement à l'os. Il survient souvent à la peau des ulcérations, même de la gangrène, surtout au niveau des articulations sur le côté de l'extension, se produisant à la suite de l'épaississement des os de l'articulation et des pseudo-ankyloses (sclérodactylie? Ball) (1). Cet état ne

---

divers localisés, partiels ou généralisés à un membre — érythromélie — avec ou sans œdématie appréciable, fugaces ou prolongés, et se retrouvant ultérieurement à la périphérie des surfaces sclérosées.

A cette période, se rattache parfois un accroissement adipeux de l'hypoderme, une véritable polysarcie œdémateuse, laquelle avoisine assez l'état myxœdémateux pour avoir donné le change à des observateurs consommés. Dans une de nos observations les plus importantes, les premières phases de la maladie avaient été myxœdématoïdes, et le diagnostic n'a pu être établi que par la constatation de plaques scléreuses déjà manifestes au-devant des clavicules ; *ultérieurement*, dans l'espace de dix années, se sont déroulés tous les phénomènes de la sclérose cutanée avec sclérodactylie mutilante, cachexie, et mort par épuisement, après des hémorrhagies intestinales réitérées.

Dans la période prémonitoire ou prodromique, les *troubles dysesthésiques* sont très nombreux et très variés — sensations de chaleur ou de froid, fourmillements, picotements, prurit, etc., mélalgies profondes et vagues, myalgies, névralgies, arthralgies, dermalgies, etc., hyperhidroses.

La plupart des sujets atteints sont d'ailleurs des « nerveux » ou des « rhumatisants », c'est-à-dire des sujets chez lesquels le système nerveux et le système vasculaire — diathèse congestive — sont dans une condition d'opportunité morbide.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La sclérodactylie — Ball, *Soc. de Biologie*, 1880, et article Sclérodermie du *Dict. encycloped. des Sc. méd.;* Charcot, Dufour, Liouville,

doit pas cependant, comme on a voulu le faire autrefois, être décrit comme une forme spéciale (sclérème cicatrisant, Wernicke), par opposition à celle qui est décrite plus haut (sclérème élevé). Il ne constitue que la période terminale, deuxième période de la sclérodermie (stade atrophique), du processus sclérodermique, dont l'épaississement de la peau (stade élevé) marque le début. Une fois arrivée au stade atrophique, il est impossible que la peau redevienne normale.

La marche et la terminaison de la maladie dépendent de l'évolution du processus local. La sclérodermie peut persister plusieurs années en variant de siège, et guérir ensuite, comme cela a été observé, dans quelques circonstances où la peau redevient normale et où aucune trace de sclérose nouvelle ne se manifeste. Mais, dans la plupart des cas, les régions sclérosées, après quelques variations, augmentent en nombre et en étendue, et finissent par se rétracter. Aussi l'affection devient-elle alors grave non seulement à titre local, mais pour l'organisme entier. Bien que, au début, et même dans les premières années, l'état général semble ne subir aucune atteinte, que les malades paraissent

---

Hallopeau, *loc. cit.*, — est une des localisations *régionales* les plus importantes de la *maladie* sclérodermique, de la *sclérodermie progressive chronique* d'emblée.

Elle emprunte ses caractères morphologiques, évolutifs, ses lésions secondaires profondes, ses *mutilations*, à la *localisation anatomo-topographique*, aux conditions locales toutes particulières d'innervation, de circulation sanguine, d'unification entre les systèmes cutané et ostéo-fibreux, etc., d'hypothermie physiologique, etc.

Bien qu'elle puisse prédominer, et même préluder, elle ne subsiste jamais indéfiniment isolée, et elle coïncide toujours avec d'autres localisations régionales, et symétriques, de la maladie sclérodermique.

Cette unité de conditions anatomo-physiologiques, propre à la main, et qui en fait, aussi bien médicalement que chirurgicalement, une région d'un genre unique, a pour résultat d'identifier, par des symptômes *inévitablement* communs — asphyxie, anémie, algidité, douleurs, déformation, rétraction de la peau, induration, troubles trophiques superficiels, lésions osseuses, etc., etc., — des affections tout à fait distinctes, de leur donner un air de parenté, une apparente similitude. Le rhumatisme chronique ostéo-fibreux des petites articulations, diverses lésions (traumatiques ou autres) des nerfs du membre supérieur; des névrites périphériques; des lésions spécifiques des nerfs, telles que celles de la lèpre; des lésions vasculaires de plusieurs sortes, etc., peuvent produire des dactylites scléreuses, ulcéreuses, mutilantes, dont la différenciation réclame non seulement les connaissances nécessaires en pathologie générale, mais encore, de la part de l'observateur, une méthode nosologique correcte, qui permette de ne pas se buter aux analogies, et de savoir inventorier les *différences*.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

robustes, que toutes les fonctions importantes s'accomplissent régulièrement, il se produit cependant petit à petit, en même temps que la dépression morale, de l'insomnie, des douleurs rhumatismales et névralgiques, une diminution de la nutrition générale, et un marasme complet.

La terminaison fatale que l'on a observée dans un peu plus d'une douzaine de cas (Förster, Köhler, Gintrac, Auspitz, Arning, Rasmussen, Stein, Walter, Rossbach, Heller, Mader-Chiari, Chalvet et Luys, Westphal, Schwimmer, Poisson) survint à la suite de complications spéciales, indépendantes de l'affection cutanée (1), telles que la maladie de Bright, emphysème, bronchiectasie, tuberculose pulmonaire, pneumonie, lésions du cœur, myocardite (2), anémie.

Strassmann a vu chez une malade qui, du reste, se trouvait dans un état de santé passable, l'affection persister trente et un ans.

Les recherches anatomiques n'ont pas encore abouti à indiquer les altérations qui appartiennent en propre à la sclérodermie, bien que

---

(1) Ce que l'auteur appelle des « complications indépendantes de l'affection cutanée » représente pour nous les *éléments* d'un complexus symptomatique encore incomplètement observé, mais qui fait partie intégrante de la *maladie générale* dont la sclérodermie, la *sclérose cutanée*, n'est qu'un élément, un symptôme.

Les lésions cutanées, musculaires, articulaires, osseuses, occupent le premier plan, et remplissent les premières périodes sur le mode aigu, subaigu, ou prolongé et chronique, se comptant alors par années. Mais, de bonne heure ou tardivement, il se produit une *cachexie* à marche aiguë ou lente, dans laquelle apparaissent les lésions viscérales, cardiaques, pulmonaires, hépatiques, digestives, rénales, etc., manifestées par des troubles de fonction généralement obscurs, et dont l'interprétation échappe, a échappé, précisément parce que l'on n'y a vu que des coïncidences morbides, des « complications » au lieu d'y chercher les caractères d'origine et de nature.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) La myocardite est une des localisations les plus ordinaires de la *maladie sclérodermique*, et les lésions musculaires entrent à présent dans la conception de son plan d'ensemble.

Anatomiquement et cliniquement, on avait bien constaté depuis plus ou moins longtemps des lésions musculaires, des *contractures* — Voy. Vidal, De la sclérodermie spontanée, *Gaz. des hôp.*, oct. 1878 — et des atrophies; mais l'annexion de ces troubles de fonction et de ces altérations matérielles à la sclérodermie est toute récente ; l'identité pathogénique de leur processus avec celui de la sclérose cutanée a été surtout formulée nettement par Méry — *Thèse* citée plus bas.

En 1889, G. Thibierge — *Ann. de Dermat.*, 2e série, T. X, p. 793 — a présenté à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis une malade

d'éminents histologistes aient à diverses reprises examiné des lambeaux de peau pris sur le vivant et sur le cadavre. Tous les observateurs s'accordent à trouver une condensation et un épaississement du tissu connectif de la peau, avec une multiplication des fibres élastiques, aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané et du pannicule adipeux atrophié; de telle sorte que le tissu cutané homogène, dense, serré, est intimement adhérent aux aponévroses et au périoste, sans tissu lâche intermédiaire. De plus, on a signalé une abondance de pigment dans la couche muqueuse et dans le chorion, une dilatation des glandes sudoripares, une hypertrophie des fibres musculaires lisses (Neumann, Rossbach), toutes altérations qui paraissent être plutôt consécutives. Une lésion plus importante pourrait être la diminution de calibre des vaisseaux, qui paraissent être comprimés, d'une part, par des traînées parallèles de fibres conjonctives sclérosées, d'autre part, par des dépôts de cellules lymphatiques, lesquels entourent comme d'une gaine les vaisseaux sur une étendue et avec une épaisseur variables. (Rasmussen, Kaposi), ou, comme dans le cas de Schwimmer-Babes, par l'hypertrophie concentrique des tuniques moyenne et interne. Je n'oserais cependant pas, comme Chiari, attribuer cette disposition à un état inflammoire, car les preuves cliniques et histologiques font défaut, et du reste sur des îlots

---

de dix-sept ans, atteinte de sclérodermie *avec rétractions musculaires*, qui s'était présentée à notre policlinique.

« Cette jeune fille, d'une bonne santé antérieure, mais à tendance nerveuse manifeste, est atteinte de sclérodermie en plaques multiples, dont le début remonte à quatre ans. Ces plaques occupent le visage, le cou, les membres supérieurs.

Les téguments de la face tout entière sont épaissis, indurés, immobiles et sont le siège d'une pigmentation brune occupant principalement le front et la lèvre supérieure; le visage est, en outre, légèrement congestionné. Au-devant du cou et de la partie supérieure du thorax, les téguments sont de coloration rosée, d'aspect cicatriciel et un peu décolorés par places, de consistance un peu ferme. Sur la partie externe des bras, il s'est développé de larges plaques sclérodermiques, épaisses, de coloration rosée, coïncidant avec l'état xérodermique si fréquent dans cette région. Les avant-bras présentent à leur partie inférieure des plaques sclérodermiques moins épaisses, de coloration rosée. Sur la face dorsale des mains et des doigts, nombreuses petites plaques sclérodermiques blanches, avec léger piqueté télangiectasique.

La malade se plaint de douleurs occupant les membres sans prédominance des articulations, et de gène des mouvements des membres supérieurs.

L'extension des avant-bras sur les bras ne peut se faire complètement. Cette impotence est due à une altération des biceps brachiaux qui forment sous la peau de longs cordons durs et scléreux; le grand supinateur est également induré; les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont rendus incomplets par la résistance fibreuse des muscles des régions externe et interne du coude. Les mouvements de latéralité du coude sont

de sclérose récente, on n'a pu constater ni dilatation des vaisseaux ni élargissement œdémateux des mailles du tissu. La destruction des follicules et des glandes ne se voit que dans le stade atrophique. C'est avec moins de raison encore qu'on considérerait la sclérodermie comme une dermatose par stase (Auspitz).

Ainsi les recherches anatomiques n'ont pu jusqu'ici nous indiquer la cause ni des altérations locales de la peau ni surtout de tout le processus sclérodermique.

Ce n'est que dans le cas de Heller, que l'atrophie du canal thoracique a pu faire admettre un refoulement et une stagnation de la lymphe dans la peau et, comme conséquence, l'hypertrophie. Quoique porté aujourd'hui encore, comme il y a quelques années, à admettre une stagnation locale de la lymphe dans les mailles du tissu cutané, comme point de départ des indurations locales, je ne crois pas cependant qu'un obstacle mécanique au cours de la lymphe dans un des canaux collecteurs puisse être incriminé. La sclérodermie, en effet, n'occupe pas strictement le département de la peau dépendant de tel ou tel vaisseau lymphatique, mais se localise d'une façon tout à fait irrégulière ; du reste, la stagnation de la lymphe donne lieu à une autre espèce d'hypertrophie (éléphantiasis des Arabes) et non à la sclérodermie proprement dite (1). On est donc forcé

limités par la résistance des sterno-mastoïdiens. Un peu d'affaiblissement des muscles des membres inférieurs.

Pas de troubles de la sensibilité. »

Se réservant de développer l'étude de ces faits dans une publication ultérieure — Cont. à l'étude des altérations musc. dans la Sclérod., *Rev. de Méd.*, 1890 — Thibierge a surtout insisté sur ce point, que les caractères symptomatiques de ces lésions musculaires, s'ajoutant aux altérations viscérales constatées chez les sujets atteints de sclérodermie, ne permettent pas d'enfermer le complexus dans le cadre étroit d'une simple maladie cutanée.

Ces remarques furent appuyées dans la discussion par Lailler et par Quinquaud, et ce dernier ajouta que la sclérodermie compte parmi ses symptômes éventuels des *atrophies musculaires*, qui peuvent être améliorées et peut-être guéries par les courants continus — *loc. cit.*, p. 795.

Voilà donc un point établi : non seulement le processus sclérodermique comporte des *lésions des muscles viscéraux;* mais encore des *altérations des muscles de la vie de relation* se manifestant par des *contractures*, des *amyotrophies*, etc. Leur histoire complète reste à tracer ; mais l'observateur en sait à présent assez pour n'y plus voir seulement des complications, ni des coïncidences accidentelles ; pour les étudier et pour les traiter conformément aux connaissances acquises sur les myopathies en général. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Pour l'interprétation des lésions de la peau dans les dermato-scléroses, il faut distinguer avec soin les lésions secondaires, terminales,

d'admettre une altération trophique dépendant du système nerveux central, comme cause éloignée de la maladie, bien qu'on n'ait jamais

---

accessoires, et même diverses lésions coïncidentes ou accidentelles, des altérations essentielles, primitives, *maîtresses;* celles qui ouvrent le processus morbide, et dont toutes les autres ne sont que la conséquence. Il ne s'agit pas seulement de faire le relevé des lésions trouvées à l'examen biopsique ou nécropsique; c'est surtout leur physiologie, leur hiérarchie, qu'il s'agit d'établir, et c'est en poursuivant l'étude dans cette direction, que les recherches les plus récentes tendent à localiser le siège et le début de la sclérose cutanée dans le système artériel, lequel préside également à la formation des scléroses dans les autres tissus, organes et appareils.

Les premiers éléments de cette notion peuvent être retrouvés dans le travail de RASMUSSEN — 1868 — bien que sa conception de la sclérodermie ne soit pas exacte, et que la stase lymphatique, ainsi que l'organisation ultérieure des cellules lymphoïdes émigrées, appartiennent à l'éléphantiasis, et non à la sclérodermie.

Mais c'est à VIDAL — 1875, *in* Article SCLÉRODERMIE du *Dict. encycl. des Sc. méd.* par BALL, — que l'on doit la première notion formulée du rôle des altérations des vaisseaux dans la *production* de la sclérose cutanée, et leur représentation graphique. VIDAL a représenté l'endartérite oblitérante sans préciser, ainsi que le fait observer MÉRY — Anatomie pathologique et nature de la sclérodermie, *Thèse de Paris*, 1889 — que la sclérose du derme en procède immédiatement. C'est surtout à l'asphyxie locale, à l'arrêt de la circulation dans le derme, qu'il fait commencer le processus pathologique d'hypergenèse qui « envahit tout le derme, la gaine des vaisseaux et la tunique élastique des artères..... »

En 1885, RADCLIFFE CROCKER signale en termes précis les lésions artérielles, et dans son ouvrage de 1888 — *Diseases of the skin*, p. 315 et suiv. — il écrit : « These changes in, and around, the vessels, are probably the primary and leading feature, to which the other anatomical lesions are secondary... »

On trouvera dans la Thèse de MÉRY — *loc. sup. cit.*, p. 24 et suiv. — les observations très importantes de P. MEYER — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887 — et de GOLDSCHMIDT — *eod. loc.*, 1888 — qui mettent en évidence, non seulement les endopéri-artérites sclérosantes du derme, mais les mêmes lésions dans les poumons, les reins, l'utérus, le cœur (myocarde) — *Sclérodermie généralisée; lésions musculaires; endartérite* — enfin, un fait personnel à l'aide duquel l'auteur achève la démonstration de l'identité du processus dans la peau, les muscles et les viscères.

Voici, pour mettre sous les yeux du lecteur le résumé de la conception la plus récente de la sclérodermie, les conclusions textuelles de la thèse de MÉRY :

« La sclérodermie est, au point de vue anatomo-pathologique, constituée par une sclérose du derme accompagnée d'altérations vasculaires (endopéri-

pu le démontrer directement. Car les lésions, qui n'ont été constatées qu'une fois, de sclérose des cornes antérieures (Chalvet et Luys), et de sclérose en foyer des circonvolutions cérébrales (Westphal), ainsi que l'épaississement des gaines et l'atrophie graisseuse de nerfs isolés situés à l'intérieur de la peau sclératrophiée (Babes), peuvent être interprétées plutôt comme des phénomènes dépendant du processus total, que comme la cause de celui-ci. L'amélioration momentanée de la maladie déterminée par la galvanisation du nerf sympathique ne permettrait pas davantage de formuler à ce sujet des conclusions positives. C'est donc provisoirement une simple hypothèse que de considérer la sclérodermie comme procédant d'une cause nerveuse centrale.

A cette cause se rapporte l'observation de quelques auteurs, qui ont vu la maladie se développer quelques jours après une vive émotion morale, une violente frayeur.

Il est très séduisant d'admettre une affection des nerfs périphériques comme cause première du trouble local de nutrition en présence des cas déjà cités de localisation unilatérale ou suivant le trajet d'un nerf et l'expansion de la sclérodermie dont j'ai vu, comme je l'ai indiqué, quatre cas. Il est plus que probable qu'il s'agit de troubles trophiques, car il n'y a que peu de considérations à faire valoir en faveur de troubles angio-nerveux.

Mais nous n'avons, jusqu'à présent, aucune preuve anatomique d'une altération nerveuse de ce genre, et quant aux formes diffuses nous n'avons même aucun prétexte matériel pour admettre une semblable hypothèse. Toutefois, cette dernière hypothèse est, d'après moi, celle qui mérite le plus d'être conservée. Dans plusieurs cas, on l'attribue à un érysipèle préalable et récidivant ou au rhumatisme. Dans une de mes observations, un ébranlement moral brusque a été consi-

---

artérite) considérables et fréquentes. Les lésions des nerfs périphériques y sont beaucoup plus rares. On retrouve, chez les malades atteints de sclérodermie, le même processus scléreux, les mêmes altérations vasculaires dans d'autres organes, muscles, myocarde, utérus, poumons, reins.

Les altérations vasculaires jouent dans la sclérose de la peau le même rôle que dans les scléroses viscérales ; elles forment la lésion primitive qui entraîne la sclérose à sa suite ; et sont le lien anatomique commun de toutes les scléroses cutanées.

Elles reconnaissent, elles-mêmes, des causes variées, ce qui explique la diversité d'origine des sclérodermies.

Un premier groupe (sclérodermies généralisées) comprend les cas qui ont été rattachés au rhumatisme, et qui sont, peut-être, de nature infectieuse. Le deuxième groupe renferme surtout les sclérodermies localisées qui sont sous la dépendance d'altérations nerveuses (ataxie, trophonévrose).

On peut, enfin, voir la sclérose de la peau à la suite de l'artério-sclérose généralisée, et des lésions traumatiques des artères. »

Ernest Besnier. — A. Doyon.

déré comme le point de départ de la maladie. Mais, le plus souvent, toute donnée étiologique certaine fait défaut (1).

Le sexe féminin fournit les trois quarts des observations de sclérodermie. Que l'on ait trouvé des lésions du cœur, la maladie de Bright, la tuberculose et d'autres complications altérant la nutrition générale, que l'on invoque la chloro-anémie parmi les causes de la maladie, cela

---

(1) L'étiologie générale de la sclérodermie n'est pas tout à fait aussi obscure que l'auteur le suppose. Pour remettre les choses au point que nous considérons comme réel, il faut abandonner cette conception, qu'une maladie, une affection, et surtout une lésion reconnaissent toujours un agent provocateur unique, une cause identique.

Ne fût-ce que par les localisations, par exemple, il est manifeste que les dermato-scléroses reconnaissent, comme un facteur important, des troubles irritatifs, matériels ou fonctionnels, du système nerveux. Beaucoup de sclérodermiques ont une nervosité anomale, et même après la guérison de la lésion tégumentaire, présentent une autre série d'éléments névrosiques : telle la malade sur qui nous avons observé, en 1883, une morphée du sein gauche, *carcinomatoïde*, et qui, complètement guérie de la sclérose locale au bout de trois ans, fut ensuite atteinte d'une *neurasthénie* grave, laquelle, bien que traitée avec énergie, persiste encore actuellement, quatre ans après la guérison. Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre.

On n'ignore pas, enfin, que des scléroses localisées du derme peuvent survenir *à la suite* de traumatismes, des lésions traumatiques des nerfs; et que les maladies classées du système nerveux comprennent quelquefois des scléroses au nombre de leurs manifestations cutanées — Chalvet et Luys, *sclérose des cordons latéraux;* Méry, *loc. sup. cit.*, *ataxie locomotrice*, etc.

Provisoirement, il faut se contenter de ces notions vagues, et ne pas insister pour préciser si les *lésions vasculaires* commandent les troubles névro-trophiques, ou au contraire, si ces derniers sont préalables. Il se pourrait, en effet, qu'une lésion du système vasculaire des nerfs eux-mêmes, des *vasa nervorum* — Voy. Expériences de Levaschef, Gley et Mathieu, *in Thèse* citée de Méry — préludât à leurs propres lésions, comme dans les névrites syphilitiques par exemple, et l'on ne peut pas ainsi décider au pied levé, quand une branche nerveuse est dégénérée et qu'elle présente en même temps des lésions de son propre système vasculaire, quelle est la hiérarchie des lésions.

Enfin, on n'omettra pas de considérer que la localisation d'une altération de la peau sur un territoire nerveux déterminé, indique bien que l'élément nerveux joue un rôle important dans le processus de cette altération, mais ne prouve pas, *ipso facto*, que la lésion dont il s'agit est une tropho-névrose proprement dite. Elle établit seulement que l'élément pathogénique essentiel de la maladie, lequel peut être très variable, bacille lépreux, virus syphilitique, agent toxique autochtone ou extrinsèque, etc., a élu domicile sur un territoire nerveux.

Ainsi donc le système nerveux prend une part plus ou moins directe,

se comprend, mais n'avance en rien la question; car dans la majorité des cas, du moins pendant les premières années, la nutrition générale n'avait subi aucune atteinte (1).

Les cas mentionnés jusqu'ici se rapportent surtout à des personnes d'un âge moyen; toutefois on a vu la maladie chez des vieillards et chez des enfants de six ans et même de deux ans (Cruse).

Le diagnostic de la sclérodermie complètement développée ne présente pas de difficultés. Les moins expérimentés eux-mêmes penseront à la sclérodermie, en percevant, au toucher, la sensation de la peau

---

mais certaine au processus dermato-sclérosique; toutefois, cette part est *variable*, *subordonnée* à des conditions multiples, et les *lésions* nerveuses des scléroses cutanées ne sont pas en rapport régulier avec leur degré, leur intensité ou leur étendue.

Le processus irritatif endopéri-artériel qui tient sous sa dépendance l'altération scléreuse du derme, peut procéder de conditions diverses : l'excitation nerveuse, l'irritation produite par les grands modificateurs externes, le froid par exemple aigu ou lent, par les agents microbiens, les éléments infectieux connus ou à connaître, le « rhumatisme » au premier rang, diverses toxémies et surtout autotoxémies? Pour notre part, nous ne voyons là rien que de conforme à la plus stricte observation des faits; il n'y a aucune incompatibilité entre l'unité de lésion et la pluralité des causes qui peuvent la provoquer.

En aucune manière, il ne nous répugne d'admettre des sclérodermies provoquées par l'action du froid — *sclérémies* — des dermato-scléroses infectieuses, autotoxémiques, de l'essence du « rhumatisme » — *dermatoscléroses généralisées*, *diffuses, progressives*, *lentes ou rapides*, *avec lésions viscérales*, *musculaires*, etc., *lésions trophiques concomitantes des extrémités, sclérodactylies et lésions léproïdes;* enfin des dermato-scléroses purement trophiques, localisées et limitées, unilatérales, ou symétriques, *dermato-scléroses zostéroïdes*, *systématisées*, *en plaques*, *morphées*, etc.

Nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître que tout cela a besoin d'être médité, mûri, contrôlé, rectifié; mais nous considérons les faits-principes que nous venons d'exposer comme inattaquables.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Ce que l'auteur appelle ici « *complications* » représente les éléments du même processus, les résultats de la même cause, évoluant dans les autres organes que la peau, et fait partie intégrante de la maladie dont la sclérodermie n'est qu'une localisation. Ces lésions musculaires, osseuses, rénales, pulmonaires, intestinales, etc., appartiennent au complexus morbide, non pas de toutes les dermato-scléroses, mais de leurs formes progressives lentes ou rapides, de celles qui formeront le groupe à venir des sclérodermies dyscrasiques, ou infectieuses; on ne les retrouve ni dans les morphées, ni dans les dermato-scléroses asymétriques, systématisées ou non.

E. B. — A. D.

cadavérique. La kéloïde (vraie) ne présente jamais cette rigidité et cette immobilité et n'est jamais développée d'une façon aussi diffuse. Au contraire, dans le stade atrophique, ainsi que dans le cas où il n'y a qu'une plaque isolée, il peut être difficile de la distinguer de certaines formes de lèpre (morphée atrophique et lardacée, Wilson; lèpre pigmentaire), de la sclérodermie que j'ai décrite et du myxœdème (1).

---

(1) La difficulté n'est pas de distinguer la sclérose cutanée des affections qui peuvent donner lieu à de l'induration de la peau à proprement parler, mais bien de différencier entre elles les diverses dermato-scléroses et de déterminer, *en pratique*, la séparation des espèces assez individualisées pour donner lieu à des indications fermes sous le rapport du pronostic et du traitement.

C'est dans cet esprit et dans cette direction que nous distinguons, par des mots spéciaux la *sclérémie*, la *sclérodermie généralisée progressive*, *les sclérodermies régionales* — sclérodactylie, etc. — les *scléroses en plaques disséminées*, ou *systématisées*, mais ne conduisant pas à la sclérodermie généralisée maligne — enfin la *morphée*.

A l'aide d'une analyse clinique basée sur la connaissance de chacune de ces espèces plus ou moins bien individualisées, le médecin sera toujours en mesure de porter un diagnostic motivé, et un pronostic judicieux et autorisé.

Il est bien entendu, qu'avant de procéder à l'élimination dont nous venons de donner le plan, on aura établi chaque diagnostic particulier sur des bases fermes — distingué la sclérémie des *œdèmes durs phlegmasiques communs;* et les localisations diverses de la sclérodermie généralisée, des *scléroses cutanées cachectiques ou régressives du scorbut*, des *œdèmes chroniques*, de la *pachydermie ligneuse et atrophique des membres variqueux, etc.*

On aura distingué de la sclérodactylie vraie, les *dactylites scléreuses déformantes du rhumatisme ostéo-fibreux des petites jointures,* les *dactylites unilatérales* de la *syphilis* ou de la *tuberculose*, celles qui sont consécutives aux *traumatismes des nerfs*, les *mutilations complexes de la lèpre mixte ou tropho-névrotique*, le *panaris analgésique* de MORVAN, et le *panaris hyperesthésique* — panaris nerveux de QUINQUAUD — les diverses variétés de *mal perforant* central ou périphérique, et les *cyanoses tropho-névrotiques des extrémités*, y compris les *érythromélalgies* de WEIR MITCHELL — Voy., sur plusieurs de ces points, le remarquable travail de QUINQUAUD, le *Panaris nerveux,* France médicale, 1881, reproduit, *in extenso*, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. II, 1881, p. 700.

Après avoir éliminé successivement les caractères propres à chacune de ces affections, recherchés non pas exclusivement dans l'état local mais dans l'ensemble de l'état du patient, on arrive aisément à circonscrire le débat entre deux ou trois types dont la fixation peut réclamer quelque temps d'observation, mais pourra presque toujours être établie.

Quelques auteurs, incomplètement munis des éléments nécessaires, ont certainement exagéré les difficultés de ce jugement; si la scléroder-

Il m'est, en effet, impossible d'être de l'avis des auteurs qui, comme Hutchinson, Radcliffe Crocker et tous les auteurs français modernes, ont considéré dans ces derniers temps la morphée comme une sclérodermie locale, bien que l'on doive convenir qu'il est souvent difficile de fixer les limites et que les formes soient peut-être très rapprochées l'une de l'autre au point de vue pathologique. J'ai vu tout récemment un cas de morphée qui rentre dans ma théorie, j'y reviendrai à propos de la lèpre (1). Par contre, il ne faut en aucune façon confondre la xéroder-

---

mie, la lèpre, les cyanoses, etc., ont, aux extrémités, des points de contact qui en rendent les caractères quelquefois ambigus, il faut arriver aux *exceptions* pour rencontrer des faits vraiment insolubles.

Pour les scléroses localisées, et pour les morphées, pour les phases initiales de la sclérodermie où il n'y a encore qu'un réseau à mailles, des lignes, des îlots, on ne fera pas la confusion avec les *vergetures* — *stries* ou *taches*, ou *plaques aplasiques*, ou *atrophiques*, *mécaniques*, ou *cicatricielles*, bien que la distinction d'un élément en particulier puisse être ambiguë par *apparence* cicatricielle — Voy. Aubert, *Lyon médical*, 1885, p. 86, Sclérodermie localisée sous forme de plaques blanches d'apparence cicatricielle, — et que quelques éléments scléreux puissent, momentanément, avoir un aspect chéloïdien, ou ressembler à une cicatrice vicieuse. On se rappellera les caractères si nets de la *chéloïde vraie*, des *cicatrices*, des *rétractions cicatricielles du lupus*, *des brûlures*, de la *syphilis*, etc., et l'on évitera même, dans certaines régions comme le sein, où l'erreur a été commise, de confondre la plaque lardacée d'une morphée avec un *cancer fibreux* du sein, etc. Il suffit, dans tous les cas, de savoir les causes d'erreur pour les éviter aisément.

Cela dit, il est manifeste que le diagnostic de nature demeurera hésitant, dans quelques cas dont le rapport avec la sclérodermie reste à préciser définitivement, telles que diverses *trophopathies atrophiques* régionales, et surtout latéralisées — hémiatrophie, aplasie lamineuse de la face — quelques achromies atrophiques indécises, lésions dont la réunion chez un même sujet — Voy. Rosenthal, Ueber einen Fall von partiellen Sklerodermie mit Uebergang in halbseitige Gesischtsatrophie, combinirt mit Alopecia areata, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889, nº 34 — réclame une discussion approfondie et de nouvelles recherches.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) L'amphibologie qui résulte de l'association faite par l'auteur de choses entièrement distinctes, ne saurait être acceptée :

Personne aujourd'hui ne se méprend plus sur le sens actuel du terme de *morphée*.

Dans le langage dermatologique de tous les pays, la *morphée* représente une variété de sclérodermie, de sclérose cutanée, absolument et radicalement indépendante de la lèpre, associée quelquefois à une sclérodermie généralisée, quelquefois isolée, ce qui a justifié son individualisation et sa description à part.

Indiquée d'abord en termes précis par Alibert, *loc. sup. cit.*, sous

mie (Kaposi) que j'ai décrite avec la sclérodermie, ainsi que je l'ai de nouveau démontré dans un travail récent.

Le pronostic de la sclérodermie n'est pas favorable, car dans la plu-

---

le nom de *sclérémie partielle*, elle a été décrite en 1854, par Addison, qui croyait la découvrir, sous le nom de *chéloïde vraie — Addison's keloïd;* — et par Bazin, sous le nom de *Chéloïde blanche*, et enfin d'une manière admirable, sous son nom actuel de *Morphée*, par Erasmus Wilson — *On Diseases of the Skin*, etc., London, 1867, Sixth ed. p. 672, et dans ses « Lectures » ultérieures. — Depuis cette époque, elle a fait l'objet de travaux multipliés, dus presque tous à l'école anglaise ou américaine, et elle a été très bien décrite par Tilbury Fox, qui a laissé cependant subsister quelques ambiguïtés — *Skin diseases*, Third, édit., London, 1873, p. 339.

Le début premier en est, le plus ordinairement, ignoré du malade, à moins qu'il n'ait lieu sur une partie découverte. C'est d'abord une tache congestive, rouge, rose, mauve, lilas, qui va s'élargissant, en se décolorant au centre, sur plusieurs points *isolés* qui coalesceront ensuite. Il existe alors une sorte d'aréole colorée, plus ou moins irrégulière, entourant une maculature blanche ou blanc jaunâtre, sans bordure circonférentielle définie, et qui ne tarde pas à prendre une consistance papyracée superficielle.

Un peu plus tard, le centre achromique, ou blanc jaunâtre, s'étale, prédomine sur la zone lilas, prend décidément une consistance scléreuse, s'éburne, devient astéatosique et anidrosique, perd les poils qui existaient à sa surface; la plaque de morphée est alors constituée. — Voyez sur plusieurs de ces points, et sur d'autres relatifs à la localisation, etc., une très belle observation de Barthélemy intitulée : Note sur un cas de dermato-sclérose partielle, ou de sclérodermie en plaques, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. II, 1881, p. 663.

D'autres fois, c'est au milieu d'une nappe congestive quelquefois très vaste que se développent séparément, suivant le même mode, des *centres morphéiques* qui pourront plus tard devenir confluents.

Jamais la configuration n'est mathématiquement arrondie, toujours plus ou moins irrégulière, prenant des aspects variés quand deux plaques coalescent. Entre le tégument normal et la surface malade, la limite est tracée par une zone colorée plus ou moins nettement en lilas violet, analogue à la ligne de couleur qui délimite, sur les cartes, les contours géographiques. Immédiatement *en dedans de ce lilac ring*, plus ou moins dessinée, est une zone pigmentaire comme faite à l'estompe, puis enfin, au centre, la surface principale, d'un blanc jaunâtre, enfumé, quelquefois plus blanc, blanc d'ivoire, vieil ivoire, brillante comme vernissée, lisse ou un peu écailleuse, *rarement* fissurée, érodée, ou excoriée, au centre, si il n'est pas fait d'application intempestive, ou si la plaque n'occupe pas un *pli* de mouvement. Il est ordinaire, pour peu que la plaque soit ancienne, de relever, au centre, une zone un peu rosée, ou parcourue de fines varicosités superficielles.

Le doigt, appliqué sur les plaques, perçoit une sensation étrange : il

part des cas la maladie est de longue durée et aboutit au stade atrophique, d'où il n'y a plus de retour possible à l'état normal. La mort paraît être la terminaison ordinaire de la maladie, et elle est due au

---

semble que la peau ait été gelée à ce niveau, et c'est une sensation analogue à celle que l'on perçoit au niveau d'une surface cutanée congelée à l'aide du chlorure de méthyle; on croirait toucher une plaque de lard épaisse et dure, un morceau de carton.

Cette dureté commence immédiatement en dedans du *lilac ring*, qui, lui-même, n'est pas induré; elle se produit brusquement sans aucune transition, comme si la partie malade était enchâssée dans les tissus sains. Si l'on parcourt la peau avec la main, en commençant en dehors de l'anneau lilas, celle-ci est arrêtée brusquement par un bord dur, puis perçoit une surface résistante, sèche et un peu rugueuse, qui cesse immédiatement quand on a dépassé la partie inférieure de la lésion.

Le doigt, appuyé un certain temps sur la plaque, laisse une très légère empreinte déprimée à plat, perçoit des différences de dureté, et un maximum de résistance à la partie la plus anciennement atteinte.

Nulle douleur à aucun moment, rarement quelques sensations variées et variables; sens du tact et de la douleur intacts; les piqûres d'aiguille sont perçues, et le plus souvent suivies de l'émission d'une gouttelette de sang.

La régression curative, et la restitution *ad integrum* sont dans le plan normal de la morphée, ainsi que dans celui de la plupart des scléroses limitées à la peau (derme et hypoderme), et partielles. Mais cette régression est toujours lente à venir, et la durée se compte par années, pouvant, exceptionnellement, être de vingt ans et plus. — Jon. Hutchinson, Morph. tak. the arrang. of Zoster on chest and arm, twenty years duration; recent single patch on back, *Brit. med. Journ.*, 1886. — Quand les plaques sont multiples, elles peuvent évoluer successivement, l'une se guérissant quand l'autre progresse, exactement comme dans l'alopécie en aires. Durée moyenne de chaque élément, un à trois ans.

Quand la régression commence, l'anneau lilas pâlit et s'éteint; le bord dur persiste longtemps, mais la lame lardacée s'assouplit, se fond, et il finit par ne rester qu'un peu de pigmentation, et quelques télangiectasies superficielles. Nous n'avons souvenir, dans nos propres observations, que d'un seul cas dans lequel les altérations aient persisté *sur place*, au delà de trois années.

Que la morphée soit distincte en quelque chose de la sclérodermie généralisée, et que toutes les dermatoscléroses en plaques, ou systématisées, ne lui soient pas assimilables, cela ne saurait faire question, sans quoi le terme de morphée serait inutile.

Pour les mêmes raisons, nous ne croyons pas justifiée l'extension du mot *morphée*, additionné de qualificatifs variés, à la désignation de toutes les espèces de dermatoscléroses en plaques, alors même que celles-ci restent isolées, et sont elles-mêmes distinctes de la sclérodermie généralisée, de la maladie sclérodermique.

Le terme de *morphée* s'applique *non* à une espèce, mais à une forme

marasme produit soit directement par l'affection cutanée, soit par une complication. Mais tant que l'on ne sera qu'au stade de sclérose, on peut garder l'espoir d'une guérison complète (1).

---

ou à une variété : une forme de sclérose cutanée *partielle*, ayant les caractères du type que nous avons décrit, souvent solitaire, plus rarement multiple, à peu près constamment bénigne, et se terminant, longuement et lentement, par la guérison, sans maladie proprement dite, tous caractères qui, *en pratique médicale,* ont une importance de premier ordre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le pronostic d'affections aussi différentes que celles qui sont réunies sous la désignation commune de « sclérodermie », ne peut être ainsi formulé sommairement, et en bloc. Il ne peut être établi que par espèce, et, dans chaque espèce, par cas particulier.

La *sclérémie* constitue une affection sérieuse par ses phénomènes cutanés, par leur longue durée, et la lenteur avec laquelle elle cède aux actions médicamenteuses, mais dans l'état actuel de la thérapeutique, et si les conditions qui l'ont produite cessent, elle ne compromet pas l'existence.

Le même genre de bénignité *relative* s'attache à toutes les dermato-scléroses *partielles*, même à celles qui sont disséminées, quand elles ne coalescent pas, et n'envahissent pas successivement les membres. Il ne reste à considérer que la durée, la résistance au traitement, le développement sur des parties découvertes, les déformations partielles, les rétractions de la sclérodermie rubanée, les atrophies cutanées consécutives, et cela dans une mesure et à un degré variables avec chaque cas particulier.

Tant que les éléments sclérodermiques, systématisés ou non, discrets ou agglomérés, limités à un point ou répandus sur un grand nombre de points du corps, n'ont pas encore envahi une *surface régionale* telle que la face, les membres, le tronc, les extrémités, d'une manière uniforme et symétrique, on reste en présence d'une lésion cutanée, et non d'une *maladie* générale, confirmée, irrémédiable.

Mais quand la sclérose, d'emblée ou secondairement, s'est établie *régionale* et symétrique, enveloppant comme d'un fourreau dur et trop étroit les parties sous-jacentes, les conditions pronostiques ne sont plus les mêmes, et la gravité est tout autre.

Cependant, il faut encore, dans ces espèces, établir des variétés et des degrés au point de vue du pronostic.

Dans la sclérodermie généralisée progressive, même avec sclérodactylie mutilante, quelques malades, surtout dans l'âge jeune, poursuivent une très longue existence sans lésion viscérale, et deviennent simplement des infirmes d'hospice — nous parlons toujours de la gravité *absolue* envisagée au point de vue de la vie des malades. Dans tous les cas, la gravité *relative* est extrême; l'existence de ces sujets est brisée, et traversée par une série illimitée de misères de détail.

Mais quand la maladie, avec ou sans sclérodactylie, s'installe généralisée, ne laissant presque aucun point de réserve; quand la santé

Le traitement, que l'on ne devra jamais abandonner, pourra, dans ce stade et dans certains cas particuliers, rendre des services. On doit chercher à exciter la nutrition et les échanges nutritifs; dans ce but, on recommandera, à l'intérieur, les reconstituants : fer, quinquina, amers, huile de foie de morue, arsenic; des bains chauds, des bains de vapeur, des bains de boues, des bains ferrugineux; en été : les cures de lait et d'eaux minérales, le séjour à la campagne, les bains froids, les bains de mer. Localement, on peut employer les frictions avec les corps gras simples, les pommades à l'oxyde de cuivre, la glycérine, la vaseline, et faire pratiquer un massage méthodique. Les frictions avec l'onguent mercuriel, et l'iodure de potassium à l'intérieur, se sont montrés inefficaces ; par contre, certains observateurs prétendent avoir obtenu de bons résultats de l'emploi du courant constant sur les points sclérosés de la peau et le sympathique (1).

---

générale s'altère, et que, dès les premiers mois, dans les premières années, et même quelquefois après cinq et dix ans, se manifestent des phénomènes pathologiques, aigus ou lents, du côté du poumon, des reins, du tube digestif, la maladie prend une extrême gravité, et la terminaison fatale devient le plus souvent inévitable, quelquefois à brève échéance. Dans ces cas, ce n'est pas la sclérodermie, à proprement parler, qui est en cause, mais bien la maladie générale dont la sclérose de la peau n'est qu'un élément.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les médications diverses auxquelles avaient conduit les conceptions anciennes de la sclérodermie, aussi bien que celles dont l'empirisme seul a donné l'inspiration, sont restées sans action décisive, au moins dans la grande généralité des cas. Les insuccès sont la règle, et, pour les succès, entiers ou partiels, il faut tenir compte du secours du temps, et de l'évolution spontanée favorable, qui appartient à quelques formes. Ces médications comprennent la totalité des agents de la matière médicale — toniques, fer, huile de morue, mercuriaux, iodures, alcalins, arsenic, etc., — évacuants, antiphlogistiques locaux et généraux, diurétiques, sudorifiques, etc. — Localement, saignées, incisions, scarifications, vésicatoires, topiques « résolutifs », douches thermales, bains, électricité — ARMAINGAUD, Sclérodermie, traitement par les courants continus, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1879, p. 736, — électropuncture, électrolyse, massage, etc.

Et sous l'empire de la théorie trophonévrotique, — antispasmodiques, bromures, hydrothérapie thermale, révulsifs, cautères et cautérisations le long du rachis, etc.

Les conceptions nouvelles qui entrent en scène aujourd'hui — théorie artérielle avec tous ses accessoires, — amèneront-elles un progrès dans la thérapeutique? Cela n'est pas impossible, mais il ne nous semble pas que le but soit, par cela, considérablement rapproché.

En somme, il faut en revenir, pour poser les indications du traite-

Aïnhum.

Une maladie appelée aïnhum signalée sur les nègres de Nagôs trouve ici sa place naturelle. Elle attaque un seul orteil ou les deux petits, parfois aussi le quatrième. Sans cause connue et sans aucuns phénomènes précurseurs, il se produit à la surface inférieure de la première phalange du petit orteil un sillon superficiel qui devient peu à peu plus profond et plus large et qui, en même temps, par sa marche progressive, dépasse les bords latéraux des orteils et envahit tout le tour du membre. Dans l'espace de un à dix ans, la première phalange s'amincit au point de former un pédicule, tandis que la partie antérieure de l'orteil est épaissie et prend la forme d'une pomme de terre bosselée; finalement, l'orteil se détache spontanément. Les plaies consécutives se cicatrisent d'une manière

---

ment, à la division des espèces, et à l'étude de chaque cas particulier, à la lutte contre les altérations *réalisées*, sans grand espoir d'agir sur la *maladie* elle-même.

Pour tous les cas — toniques généraux et mise en action de tous les moyens d'hygiène et de traitement que réclament les conditions particulières de milieu, et d'individu, après examen approfondi des organes et des fonctions.

Pour la sclérémie — diurétiques et sudorifiques (pilocarpine), massages, frictions, douches sulfureuses chaudes, locales et dérivatives, courants continus, bains électriques, compression localisée, etc.

Pour la sclérodermie progressive, indépendamment de la mise au point de l'état organique et fonctionnel — alcalins, iodures, analeptiques, cures d'air, inhalations d'oxygène faites avec persévérance, et, suivant les cas, addition des moyens précédents — avec application spéciale et précoce de l'électricité aux *amyotrophies*, que l'on devra rechercher, de bonne heure, avec grand soin.

Pour les sclérodermies régionales, la sclérodactylie — courants continus faibles et prolongés; pointes de feu le long de la partie supérieure du rachis, douches hyperthermales sur le rachis, inhalations d'oxygène, sans préjudice des autres moyens de traitement.

Pour les dermatoscléroses en plaques, disséminées ou latéralisées, mêmes interventions que dans les cas ci-dessus, réglées suivant les conditions propres à chaque cas particulier, usage simultané des iodures et des bromures. Il est difficile de se soustraire à l'obligation d'employer en même temps que le massage l'électricité, l'électrolyse, etc.; les résolutifs locaux, emplâtres mercuriels, résorcinés, la compression, etc. En ce qui concerne l'*électrolyse*, à l'étude en ce moment surtout entre les mains de Brocq, nous recommandons provisoirement une certaine réserve; plusieurs dermatoscléroses partielles guérissant *spontanément* sans laisser de lésion considérable du derme, il y a lieu d'examiner avec soin la question des cicatrices thérapeutiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

normale. Les recherches histologiques approfondies qui, depuis la première communication (1867) du Dr Da Silva-Lima, de Bahia, ont été faites par Hermann Weber, Wucherer, Schüppel, etc., permettent d'admettre qu'il s'agit ici d'un épaississement hypertrophique et d'une rétraction consécutive du tissu conjonctif du derme, analogue à celui de la sclérodermie, et que la disparition de l'os sous-jacent ne devrait être considérée que comme une atrophie par compression, et l'hypertrophie de la partie antérieure du membre comme un phénomène consécutif(1). Le Dr Da Silva-Lima a également, dans quelques cas, pu enrayer le processus par une incision faite de bonne heure dans le cordon sclérosé qui étranglait l'orteil et par là sauver la partie menacée, tandis qu'à la période avancée de l'atrophie, toute intervention était inutile.

---

(1) *L'Aïnhum* est une *maladie spéciale des orteils*, particulièrement du cinquième, jamais congénitale ni infantile, propre à l'adulte, *exclusive à la race noire*, débutant par une stricture annulaire de la base qui lentement, longuement, insidieusement, pédiculise le doigt atteint, tandis que les parties situées en aval s'hypertrophient, se déforment, et qui se termine, au bout de quelques années, par la chute spontanée de l'orteil.

Elle n'a que des analogies éloignées, et très grossières, avec une variété rare de sclérodactylie annulaire, et aucun rapport avec la sclérodermie proprement dite, qui est une maladie ubiquitaire, et qui n'a pas de localisation anatomotopographique exclusive.

Encore moins, est-elle assimilable aux strictures annulaires, et aux amputations spontanées congénitales, avec lesquelles on a voulu, tout récemment encore, la confondre, sans la moindre raison — Voy. les pièces que nous avons déposées dans le Musée de Saint-Louis, sous les nos 1419, 1420 et 1421, et que nous avons intitulées : Malformations et lésions congénitales : Strictures annulaires du type de l'aïnhum; pied bot; amputations dites spontanées; syndactylies, lésions réunies sur le même sujet.

A aucun titre, la place de cette *maladie exotique* n'est ici.

Le lecteur qui voudra plus de détails sur l'aïnhum les trouvera surabondants dans l'ouvrage de Fernand Roux — *Traité pratique des maladies des pays chauds, etc.*, T. III, Paris, 1888, p. 387, et dans l'excellente Monographie de notre élève Jules Rouget — Amputations congénitales et Aïnhum, *Thèse de Paris*, 1889, — qui avec Reclus, Trélat, et nous-mêmes, a démontré le non fondé des assimilations contre lesquelles nous nous sommes élevés dans cette courte note.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

SCLÉRÈME DES NOUVEAU-NÉS

Sclérème des nouveau-nés (Chaussier), algidité progressive (Hervieux), induratio telæ cellularis neonatorum, induration du tissu cellulaire des nouveau-nés de beaucoup d'auteurs.

Essentiellement différente de la sclérodermie des adultes, tout en présentant avec elle bien des analogies, est l'affection désignée sous le nom de sclérème des nouveau-nés.

Cette affection atteint les enfants dès les premiers mois de la vie, rarement dans la première et la seconde année, et débute par le refroidissement, l'œdème, l'induration des pieds et des jambes; la peau y est tendue, luisante, rouge ou blanche, parfois jaunâtre, dure, mais se déprimant sous la pression du doigt (œdème). En quelques heures, en un ou deux jours, l'altération se propage à l'abdomen, au tronc, aux membres supérieurs, au visage; là aussi la peau devient dure, froide, immobile, tandis que les membres inférieurs, d'abord atteints, deviennent, par suite de la disparition de l'œdème, plus minces, plus denses, ridés et comme momifiés. La température de la peau et des organes internes tombe régulièrement chaque jour de 2 à 3° C. La face, dont la peau semble fixée sur les plans musculaires sous-jacents, se roidit et donne aux malades l'aspect de petits vieillards; la rigidité de la bouche empêche la succion et ne permet plus la nutrition. Les enfants ainsi atteints sont étendus, immobiles, comme glacés, et ne donnent plus signe de vie que par quelques mouvements des parties les moins malades, et par de faibles gémissements. La température continue à baisser ou bien en quelques points la peau œdématiée s'enflamme sous l'influence de l'élévation de la température, devient cyanosée, puis se gangrène; en même temps, il survient des complications dans d'autres organes et la mort arrive en deux à dix jours. Il est rare que la terminaison fatale tarde davantage. Plus rarement encore, la température se relève dans les parties déjà refroidies, l'œdème et l'induration disparaissent; dans ces cas, il peut survenir un rétablissement progressif et une guérison complète.

La cause prochaine des manifestations du sclérème se trouve dans un ralentissement de la circulation capillaire dans les parties périphériques. La cause éloignée comprend toutes les circonstances qui diminuent l'énergie cardiaque et la production de chaleur. Aussi la maladie se montre-t-elle chez des enfants atteints de lésions du cœur, ou affaiblis par une pleuro-pneumonie, un catarrhe chronique des voies respiratoires ou digestives, la diarrhée, des ulcérations intestinales, ou à

la suite de mauvais soins, de syphilis héréditaire, ou de faiblesse congénitale.

Anatomiquement, nous avons trouvé avec Förster, Virchow et d'autres auteurs, une infiltration œdémateuse du tissu cutané, une structure dense du pannicule, analogue à celle de la stéarine, mais aucune autre altération notable. Contrairement à ce que l'on observe dans la sclérodermie, nous n'avons pas observé dans le sclérème des nouveau-nés d'infiltration cellulaire ni d'hypertrophie du tissu connectif. Löschner aurait rencontré une distension du chorion et l'apparition d'îlots de tissu conjonctif embryonnaire, riche en cellules. La stagnation dans les lymphatiques périphériques et la lymphangite (Pastorella) sont plutôt des lésions consécutives. Ludwig Langer explique aussi l'origine du sclérème des nouveau-nés par la nature stéariniforme déjà indiquée du pannicule adipeux de l'enfant (1).

La thérapeutique doit avoir pour but de relever la chaleur et les forces vitales, en réchauffant artificiellement le corps par les frictions, en administrant des stimulants et en prescrivant une alimentation convenable. L'amélioration se manifeste par l'augmentation de l'activité cardiaque, l'élévation de la température de la peau, et, au bout de quelques jours, par la disparition du sclérème.

Ici se place tout naturellement l'œdème de la peau (anasarque), lequel survient à la suite du ralentissement du courant sanguin ou d'un obstacle à la circulation occasionné par une cause mécanique (compression) ou fonctionnelle (nerveuse ou provoquée par une maladie des parois vasculaires). Cet œdème siège d'ordinaire sur des régions du corps prédisposées par leur situation, par exemple là où il existe un état variqueux, ou une compression sur les vaisseaux par un cal osseux, etc., ou bien généralisées ou diffuses par suite de troubles centraux de la circulation, lésions cardiaques, emphysème, etc. Mais nous croyons devoir nous borner à les citer, puisque la pathologie générale, la pathologie médicale et chirurgicale sont appelées à traiter également à fond cette question.

Mais comme fait moins connu et rentrant plus dans le domaine de la dermatopathologie, il faut encore signaler l'œdème que Quincke a décrit sous le nom d'œdème aigu circonscrit de la peau, que Dinkelacker,

---

(1) Cette question affère à la pathologie infantile, et non à la dermatologie. Le sclérème vrai des nouveau-nés et l'œdème des nouveau-nés constituent deux états pathologiques distincts, cliniquement et anatomiquement, mais dont le pronostic est également grave, et dont la thérapeutique est identique — indications tirées de l'état des organes, massage et frictions; emploi de la *couveuse* — Voy. BALLANTYNE, *Brit. med. Journ.*, anal. franç. in *Bulletin médical*, 1890, p. 210.

E. B. — A. D.

Jamieson et spécialement Strübing ont étudié d'une manière approfondie à propos de cas qu'ils ont observés. Cet œdème survient par accès et à plusieurs reprises chez le même individu, régulièrement associé à des troubles gastriques, vomissements, diarrhée ; il se présente sous forme de tuméfactions œdémateuses, mamelonnées, d'un blanc luisant, sur la peau de la face, sur celle d'autres régions, ainsi que de la muqueuse buccale, pharyngienne et laryngienne. Dans ce dernier cas, le manque de respiration et le danger de suffocation sont la conséquence la plus prochaine de la tuméfaction. Il est facile de reconnaître qu'il s'agit ici d'un trouble angionerveux de la circulation et d'une exsudation de sérum (Strübing), et cela dans le sens d'une urticaire, peut-être d'une urticaire géante (Milton) (1).

Il est une autre affection qu'il faut rapporter à la stase des humeurs, c'est l'hypertrophie diffuse du tissu connectif de la peau que l'on appelle éléphantiasis des Arabes.

---

(1) L'œdème « aigu circonscrit » de la peau, de QUINCKE, de RIEHL, œdème angioneurotique de STRÜBING, représente une affection générale, successive et récidivante, caractérisée par des œdèmes localisés, en plaques, à développement aigu, à bords nets, à surface érythémateuse ; indolents, non prurigineux, fugaces ; mais se multipliant et constituant, par la réunion des poussées successives, non pas comme l'indiquerait son nom, une affection aiguë, mais un état pathologique qui peut se prolonger fort longtemps, et même qui peut s'installer, et persister sous forme d'œdème *chronique*.

Bénigne tant qu'elle réside sur la peau proprement dite, l'œdématie circonscrite se montre plus intense et plus pénible aux paupières, aux lèvres, à la vulve, au pénis et au scrotum ; elle peut devenir mécaniquement grave dans ses localisations buccolinguales et pharyngolaryngées. Elle ne se confond pas avec l'urticaire géante, les nodosités rhumatismales, les pseudolipomes sous-cutanés, les érythèmes en plaques, les dermolymphites simples ou spécifiques ; mais elle a été jusqu'ici confondue avec ces états pathologiques, et la limite entre l'urticaire géante de MILTON, massive de RAPIN — *loc. cit.*, — n'est pas encore absolument tranchée. Cf. COURTOIS-SUFFIT, Sur l'œdème aigu circonscrit de la peau, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1889, p. 859 ; MAX JOSEPH, Congrès de Prague, 1887, *Berl. klin. Wochensch.*, 1890, n° 4.

Traitement : Diurétiques, sudorifiques, purgatifs ; sulfate de quinine, salicylate de soude, atropine ; — nous avons employé avec succès, dans un cas, les applications locales prolongées de compresses de *lint*, imprégnées de solution de salicylate de soude 2 à 5 p. 100, *additionnée* de bicarbonate de soude 1 à 3 p. 100.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

On désigne sous ce nom ou sous celui de pachydermie (Fuchs), une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, limitée à certaines régions du corps, consécutive à des troubles locaux de circulation, à des inflammations chroniques et réitérées des vaisseaux sanguins et lymphatiques, à l'érysipèle ou à un œdème de longue durée, et qui, intéressant également les tissus sous-jacents, détermine une augmentation de masse et de volume de toutes les parties qui constituent la région atteinte.

Le mot éléphantiasis a été créé par les traducteurs des Arabes (d'où éléphantiasis des Arabes), et est synonyme du mot arabe, dal-fil (pied d'éléphant), par lequel on désigne la jambe d'un pachyderme. Cette remarque détruit donc l'idée erronée qui consiste à regarder cette maladie comme spéciale à l'Arabie ; car l'éléphantiasis des Arabes se trouve, du moins certaines formes, d'une façon beaucoup plus fréquente et presque endémique dans un grand nombre de contrées tropicales et subtropicales, en Égypte, sur les bords de la Méditerranée, en Arabie, sur la côte occidentale de l'Afrique, au Brésil, dans les Antilles, les îles de la Sonde, sur les bords et dans les îles des mers du Sud. Mais on en rencontre des cas isolés dans tous les pays, sous tous les climats ; quelques variétés de la maladie se voient même assez fréquemment en Europe (1).

---

(1) Le nom d'ÉLÉPHANTIASIS, *sans qualificatif*, est le seul qui convienne aujourd'hui à la maladie décrite par les auteurs arabes sous le nom de *dal-fil*, pied d'éléphant; pour la première fois clairement au neuvième siècle de notre ère par RAZÈS, et que les arabistes traduisirent par le terme d'éléphantiasis.

Jusqu'à l'époque actuelle, un *double emploi* fâcheux de ce mot a persisté avec la désignation donnée antérieurement par les auteurs grecs à la lèpre, et a amené dans la littérature médicale des confusions inextricables, de sorte qu'il y avait *deux* éléphantiasis, *l'éléphantiasis* DES GRECS, ou LÈPRE, et *l'éléphantiasis* DES ARABES. Aujourd'hui dans le langage scientifique correct, la lèpre n'est appelée que de son nom, et le terme d'éléphantiasis ne s'applique qu'à la maladie décrite par RAZÈS.

Pour remédier au double emploi du mot, FUCHS, en 1840, avait proposé le terme de PACHYDERMIE. Mais cette désignation n'a pas prévalu définitivement, et ne devait pas prévaloir, parce que sa signification partielle ne vise que les lésions de la peau — παχυς δέρμα, peau épaisse — et n'exprime pas aussi typiquement que le mot éléphantiasis l'augmentation massive, et la déformation caractéristique.

Le siège le plus habituel de l'affection est aux membres inférieurs (rarement aux deux à la fois), et en particulier à la jambe et au pied ; plus rarement l'affection s'étend à la cuisse jusqu'au pli fessier. Elle atteint aussi très fréquemment le pénis et le scrotum, les grandes et les petites lèvres ainsi que le clitoris ; tandis que les membres supérieurs, les joues, les oreilles, le dos et d'autres régions n'en sont qu'exceptionnellement affectés.

Dans chacune de ces variétés de siège, membres inférieurs ou parties génitales, les symptômes de la maladie présentent des caractères typiques.

L'éléphantiasis du membre inférieur se développe en règle générale d'une façon chronique, par une série de manifestations inflammatoires de peu de durée, paroxystiques, et se renouvelant à des intervalles irréguliers. Ce sont là dans les premiers temps les seuls symptômes de la maladie. Sans cause connue, ou à la suite d'une cause locale, il se développe à la jambe un érysipèle diffus, ou une dermatite profonde, ou bien une simple rougeur douloureuse sous forme de traînées, ou une lymphangite, une phlébite, des douleurs, de la tension, du gonflement de la peau, avec fièvre. Peu de temps après sa disparition, l'inflammation se reproduit, spontanée ou provoquée. Après chaque atteinte, il reste un léger œdème de la peau, lequel devient toujours plus appréciable, et arrive à augmenter notablement la circonférence de la jambe ; d'autant plus qu'au bout de quelques mois, d'un ou deux ans, ces inflam-

---

La désaffection du terme est d'ailleurs complétée par son adaptation au myxœdème — cachexie pachydermique.

Il n'est pas besoin d'expliquer pourquoi une foule de dénominations *régionales* sont abandonnées, et pourquoi la plupart des synonymes tels que celui de *Bucnemia* — βου, monstrueux, κνήμη, jambe — *tropica*, proposé par Mason Good, employé par Erasmus Wilson sans qualificatif, et celui de *Spargosis* — σπαργωσις, intumescence — adopté en dernier lieu par le même auteur — « as the better and more correct » — ont eu le même sort.

L'éléphantiasis dans toutes ses formes, même les plus excessives, peut s'observer partout ; mais il faut ajouter de suite — particularité très significative — que la maladie, relativement rare dans toute l'Europe, nous dirons pourquoi à propos des conditions pathogéniques et étiologiques — est au contraire commune dans presque toutes les autres parties du monde, et qu'elle est *endémique* dans les régions tropicales et circa-tropicales, sur le bord de la mer, et le long des grands fleuves, ou dans des contrées particulièrement basses et humides, habitées par une population misérable.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

mations se succèdent à des intervalles toujours plus rapprochés (1).

A part une tension plus forte et un aspect blanc ou rouge luisant, la surface de la peau ne paraît pas changée. Avec le doigt, on peut y faire une empreinte dénotant l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. En même temps, on y constate une augmentation de masse et de dureté, et quand on essaie de soulever un pli de la peau, on la trouve plus épaisse, plus dense, plus fortement adhérente.

Plus tard, les ganglions de l'aine sont atteints et forment de grosses tumeurs dures. Bien plus, dans quelques cas, le gonflement et l'induration des ganglions inguinaux précéderaient même les manifesta-

---

(1) Ce n'est ni d'une manière brusque, ni d'une manière latente, que l'altération éléphantiasique *typique* atteint, d'ordinaire, son développement complet : le fait essentiel, capital, caractéristique au point de vue de l'évolution, dans toutes ses formes, espèces et variétés, c'est le *processus intermittent, ou paroxystique.*

L'œdème hypertrophique résulte d'une série plus ou moins nombreuse de crises, le plus ordinairement fébriles — fièvre de l'éléphantiasis, *synochus lymphaticus*— constituant de véritables *accès* éléphantiasiques, à début brusque, le plus souvent imprévu, paraissant quelquefois en rapport avec un refroidissement, une fatigue, une commotion morale.

Examiné dès le début, le malade a le facies altéré, et fait savoir qu'il a été saisi, dans la nuit ou le matin, d'un *frisson* souvent violent, intense, prolongé ; le membre atteint est chaud, tuméfié, érythémateux dans toute son étendue, ou offrant seulement des marbrures lymphangitiques, soit à la périphérie de la lésion déjà réalisée, soit à son centre, soit en un point quelconque s'il s'agit d'un premier accès.

D'autres fois, ce sera une poussée eczématoïde, quelquefois une lymphodermite assez cohérente et assez compacte pour simuler l'érysipèle vrai ou bien même un phlegmon ; ailleurs ce sera une périphlébite variqueuse, ou encore une dermite diffuse émanée d'un ulcère, ou encore quelque traumatisme, même le plus léger, tel que la piqûre d'épingle ou d'aiguille, faite par le médecin dans un but d'exploration.

L'accès fébrile éléphantiasique est *pseudocontinu,* rémittent, ou intermittent ; à type tierce ou double tierce, et sujet à varier selon toutes les circonstances et conditions *individuelles* ou *locales* qui peuvent influencer le *mode* fébrile. Il peut s'accompagner aussi d'un cortège variable de tous les symptômes de la *fièvre éphémère*, vomissements, délire, etc., et revêtir parfois un haut caractère de gravité apparente. Sa terminaison est cependant toujours favorable, à moins de complications exceptionnelles ou imprévues. Sa durée ne dépasse guère un septénaire ou deux, et, dans notre climat au moins, au bout de très peu de jours, tout est, d'ordinaire, sinon toujours, rentré dans l'ordre.

Les *phénomènes locaux*, observés au cours des paroxysmes, sont, en général, bornés à ceux que nous avons indiqués ; les eschares — *éléph.*

tions sur la jambe, maladie ganglionnaire des Barbades (Hendy et Rollo).

Dans l'espace de cinq à dix ans, le membre inférieur devient extrêmement volumineux, informe, l'hypertrophie ayant atteint, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les parties molles sous-jacentes et même les os.

La jambe est augmentée de deux à trois fois son volume ordinaire, et représente un cylindre massif, à contours et à aspect monstrueux, se continuant directement, en comblant les cavités osseuses,

---

gangréneux — et le phlegmon où les abcès — *éléph. phlegmoneux* — ne sont observés qu'à titre exceptionnel.

Le *nombre* de ces accès est très variable; l'*intervalle* qui les sépare, quelquefois très court, d'autres fois, au contraire, considérable. Tel malade a de nombreux accès chaque année; l'autre compte, entre chacun d'eux, des intervalles de plusieurs années, etc.

Inégaux et irréguliers chez les différents sujets, les accès présentent également les plus grandes variétés chez un même malade, depuis la crise légère, *latente*, presque inconsciente, jusqu'aux phénomènes fébriles les plus élevés et les plus menaçants.

Pendant les accès, les souffrances des malades sont parfois assez vives, céphalée, malaise fébrile, état nauséeux, vomissements, chaleur sèche d'abord et sueurs consécutives, douleur inguinale, chaleur, tension, battements dans les régions envahies; mais tout cela s'évanouit assez rapidement, et ceux-là même chez qui les crises se répètent fréquemment, n'en conservent aucun état maladif dans les intervalles.

Chez quelques sujets, surtout pendant les premières phases, les accès éléphantiasiques sont peu accentués ou *semblent* manquer — éléphantiasis à marche lente, *non fébrile* — Voyez P. DUCHASSAING, sur l'éléph. des Arabes et sur la spiloplaxie, *Arch. gén. de méd.*, V[e] série, t. IV, p. 412, 706, t. V, p. 52, Paris, 1854-1855 — mais quand le malade est soumis à une observation attentive, on peut aisément faire la preuve de leur existence, ainsi que nous l'avons démontré — Voy. E. BESNIER, De l'éléphantiasis, *Gaz. des Hôp.*, 1878. Cela dit, nous reconnaissons qu'il n'y a pas de rapport *constant* entre la *fréquence* ou l'*intensité* des paroxysmes fébriles lymphangitiques et le degré du développement de l'éléphantiasis.

Dans les formes géantes, lisses, ou hyperœdémateuses, l'accroissement du membre se produit, s'accroît d'une manière ininterrompue. Dans les formes spéciales — El. papillomateux, ulcéreux, etc., — les crises lymphangitiques peuvent être très fréquentes, et ne pas amener d'hypertrophie considérable à leur suite.

Enfin, tant sont multiples les conditions qui peuvent aboutir à l'état éléphantiaque, la pyrétophlegmasie, les accès, le cortège inflammatoire, ne sont pas nécessaires pour qu'un œdème lymphatique ou veineux, s'il se prolonge, fasse naître, dans les parties où il existe, l'altération caractéristique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

avec le dos du pied gonflé et comparable à un pied d'éléphant (Éléphantopus, jambe des Barbades, de Cochinchine, mal de Surinam). Un sillon profond, situé au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et dans lequel s'accumulent les sécrétions cutanées et altérées des débris épidermiques, sépare la jambe du pied. Le pied est en même temps élargi, ainsi que les orteils, dont la peau éléphantiasique se confond au point de ne laisser comme trace de séparation que des sillons superficiels. La surface du membre ainsi déformé est sèche, non sudorale, fortement tendue, mate, luisante ou blême, brunâtre par places (éléphantiasis brun ou noir), elle est colorée par des couches de pigment ou par des masses épidermiques et sébacées superposées. L'épiderme est en quelques points mince, parcheminé, coriace et feuilleté; sur d'autres, épais, brun, comme dans l'ichthyose serpentine, ou soulevé sous forme de callosités épaisses ou d'éminences cornées, comme dans l'ichthyose hystrix. Du reste, la peau éléphantiasique est lisse (éléphantiasis glabre), ou rugueuse (éléphantiasis tubéreuse), ou encore recouverte de végétations nombreuses, filiformes ou framboisées, sèches ou humides (éléphantiasis verruqueuse ou papillaire). A côté de cela, on trouve, suivant les cas, des excoriations, des ulcérations superficielles ou profondes, à bords calleux, à fond gangréneux ou sécrétant un pus mal lié, ou bien par places de l'eczéma humide et croûteux. Dans certains cas de pachydermie, dans lesquels l'affection est diffuse ou se montre sous forme d'indurations linéaires, paraissant s'étendre de la jambe en suivant la face interne de la cuisse jusqu'aux ganglions inguinaux ou jusqu'aux fesses, on trouve parfois une fissure spontanée de la peau, ou bien un vaisseau lymphatique tendu comme une corde et dont suintent des gouttelettes de lymphe (lymphorrhée vraie). J'ai vu à la face interne d'une cuisse éléphantiasique une lymphorrhée de ce genre provenir d'un vaisseau lymphatique lésé accidentellement. Au toucher, un membre atteint d'éléphantiasis est très dur, la peau ne peut être soulevée, on ne saurait isoler un muscle, et on a une sensation comparable à ce que l'on éprouverait si la peau, les aponévroses, les muscles étaient confondus en une seule masse compacte. Le tibia est également épaissi dans sa diaphyse; parfois aussi aux épiphyses (pedarthrocace de Malabar); il paraît lisse, ou recouvert, sur sa surface interne ou sur son bord antérieur, de saillies acuminées ou mousses qui s'enfoncent dans la masse sclérosée. Exceptionnellement et à la suite de complications, il survient une carie ou une nécrose, et, dans certaines formes d'éléphantiasis du membre supérieur, une atrophie de l'os par compression.

Subjectivement, l'éléphantiasis de la jambe n'est pénible que parce qu'il empêche de se servir du membre, et cela non seulement en raison

de son poids et de la rigidité de la peau, mais encore par suite de la dégénérescence des muscles. Il ne devient douloureux qu'au moment des manifestations inflammatoires ou à la suite de complications.

Les cas les plus nombreux et les plus prononcés d'éléphantiasis du membre inférieur sont unilatéraux ; certaines formes atteignent les deux jambes.

Dans quelques cas rares, le membre supérieur est atteint (à la suite d'inflammation syphilitique ou de lupus), et il est alors déformé d'une façon hideuse.

L'éléphantiasis des parties génitales (scrotum, pénis, grandes et petites lèvres, clitoris) ne se montre dans nos contrées que d'une façon sporadique et à un degré peu avancé ; au contraire, on en trouve des formes nombreuses et excessives dans les régions tropicales et subtropicales, dont nous avons parlé (Pruner, Rigler, Reyer et autres). Le développement le plus considérable s'observe dans l'éléphantiasis du scrotum, dans laquelle les bourses peuvent descendre jusqu'aux genoux, ou pendre même jusqu'à terre, et atteindre le poids de 120 livres, sous forme d'une masse charnue, d'une tumeur pédiculée (hernie charnue, Prosper Alpin, Larrey ; sarcocèle de quelques auteurs), qui, partant de la région inguinale, contient le pénis et les testicules. Une gouttière superficielle et en forme d'entonnoir, située à la hauteur du pénis, indique le point d'insertion de la face interne du prépuce au frein, et le chemin que prend l'urine en sortant de l'urèthre. C'est dans l'éléphantiasis du pénis seulement que Pruner dit avoir observé une série d'érysipèles précédant l'affection, alors que ceux-ci manqueraient dans l'éléphantiasis du scrotum. La maladie débute par la formation, à la base du scrotum, d'une masse pâteuse qui, à mesure qu'elle s'accroît et prend de la consistance, attire et finit par comprendre dans une même tumeur toutes les parties voisines, la peau du pénis, de l'abdomen, de la cuisse ; le pénis surtout, dont le tégument est attiré en arrière et en bas, disparaît complètement dans la tumeur, jusqu'à ne plus laisser que la gouttière préputio-uréthrale dont nous avons parlé. Cette tumeur présente une surface ridée, sillonnée, çà et là humide ou recouverte de saillies verruqueuses ; au toucher, elle est dure, ou au contraire molle et de consistance gélatineuse. Il s'y forme souvent des vésicules (lympho-scrotum) qui se rompent spontanément ou à la suite d'un traumatisme, et laissent suinter pendant des heures et même des jours, une lymphe vraie, c'est-à-dire une sérosité coagulable à l'air et dont se séparent des globules lymphatiques, — lymphorrée vraie. On pouvait tout particulièrement constater cet état chez un jeune homme de dix-sept ans atteint d'éléphantiasis de la jambe gauche, qui fut reçu en 1883 dans ma clinique et que j'ai présenté à la Société de médecine. Chez ce malade, il

existait sur la peau du scrotum, qui à ce moment n'était nullement éléphantiasique, de nombreuses saillies transparentes, semblables à des vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, qui présentaient comme des anses en ampoules de vaisseaux lymphatiques variqueux, durs, que l'on sentait dans le chorion et qui étaient semblables à des cordons et correspondaient à des vaisseaux lymphatiques dilatés. Quelques-unes de ces ampoules se rompirent accidentellement et laissèrent suinter ensuite pendant plusieurs heures et plusieurs jours de la lymphe, jusqu'à 2 centimètres cubes en un quart d'heure.

Chez la femme, l'éléphantiasis des parties génitales ne détermine pas des tumeurs aussi énormes; toutefois on en voit qui pendent jusqu'aux genoux, présentent la même structure, sont pédiculées et proviennent des grandes et des petites lèvres et du prépuce du clitoris.

Sporadiquement, on peut trouver l'éléphantiasis du pavillon de l'oreille, de la peau des joues et de la tête, de la paupière supérieure; elle forme alors des appendices épais, en forme de bourse, sessiles ou pédiculés. J'ai vu également, plusieurs fois, après des érysipèles chroniques et répétés de la face, l'éléphantiasis déterminer une augmentation monstrueuse et un épaississement du pavillon de l'oreille, avec gonflement et induration des joues et des lèvres.

L'hypertrophie éléphantiasique d'autres régions du corps est plus rare encore; dans ces cas, elle s'écarte tellement du type ordinaire, que l'on pourrait facilement la rattacher à d'autres affections. Certains cas, par exemple, se rapportent plutôt au molluscum fibreux; d'autres représentent des épaississements, de véritables tumeurs de la peau qui proviennent de l'accroissement constant (nœvus lipomatodes, mollusciforme, angiomatode, papillome nerveux) de certaines productions connectives ou musculaires, congénitales (éléphantiasis congénital). Ces sortes de tumeurs, qui, eu égard à leur richesse en vaisseaux sanguins, ont été désignées sous le nom de El. télangiectode (Virchow), ou angio-éléphantiasis, ont été étudiées par Rokitansky, Virchow, Hecker, Czerny, Köbner, etc. Un de ces cas, que j'ai pu observer durant de longues années à l'époque de mes études, a été l'objet de tentatives opératoires répétées de la part de Schuh, Salzer et d'autres.

Il s'agit d'un jeune homme, sur le bras gauche duquel une tumeur s'était développée lentement; on pouvait l'exprimer comme une éponge, on la voyait ensuite se remplir de nouveau, et devenir turgescente; cette humeur avait atrophié les muscles et le tissu osseux sous-jacents. Ici (ainsi que dans le cas de Czerny et de Köbner), il y avait en même temps, et dès le début, des névromes douloureux (dans le cas de Czerny « névrome plexiforme », Verneuil) englobés dans le tissu spongieux de la tumeur, ce qui pouvait lui faire donner le nom d'éléphantiasis névro-

tique (P. Bruns), ou fibrome nerveux (Recklinghausen). Ce sont là des productions pathologiques qui, par leur apparition et leur marche, diffèrent essentiellement de l'éléphantiasis des Arabes, mais que nous devions mentionner ici, parce que c'est sous ce nom qu'on les a décrites (1).

Dans ce sens aussi, Esmarch et Kulenkampf ont, dans un travail complet qui a paru récemment : « Les formes d'éléphantiasis », apprécié la genèse différente des productions citées en dernier lieu en opposition à l'éléphantiasis typique des Arabes.

L'examen anatomique de l'hypertrophie éléphantiasique nous donne des notions assez claires sur les lésions qui la constituent. Si l'on incise un membre atteint d'éléphantiasis avancée, les tissus crient sous le scalpel, et toutes les parties sous-cutanées, jusqu'à l'os, présentent une masse presque homogène, blanc jaunâtre, fibreuse ou lardacée, et dans laquelle on distingue difficilement les divers tissus, muscles, nerfs, vaisseaux. A la pression, il s'écoule de la surface de section une forte quantité de lymphe, claire, blanc jaunâtre. La peau semble un peu condensée, mais elle présente une épaisseur à peu près normale, tandis que la couche du tissu cellulaire sous-cutané est augmentée de plusieurs fois son épaisseur normale, et paraît, à un examen plus approfondi, différemment constituée. Certaines parties sont denses, blanc luisant, à fibres serrées, comme sclérosées (Él. dure ou scirrheuse), d'autres molles, gélatineuses (Él. molle ou gélatineuse) et limitées par des faisceaux fibreux, d'un éclat tendineux. Entre elles se trouvent des espaces limités qui contiennent de la lymphe liquide. Les aponévroses, le tissu conjonctif intermusculaire, les gaines des vaisseaux et des nerfs, sont également épaissis et condensés, les nerfs eux-mêmes sont rarement dégénérés. Les os sont épaissis, sclérosés et lisses, ou recouverts d'ostéophytes, rarement érodés, amincis, nécrosés ou cariés.

A l'examen microscopique, le derme ne présente qu'une condensation de ses fibres et une abondance de pigment, qui se manifeste également dans l'épiderme ; on ne trouve d'autre altération que dans les points où se montrent des productions verruqueuses ; ces altérations sont, du reste, celles de l'ichthyose simple et hystrix et des verrues ordinaires.

(1) Toutes ces altérations doivent être décrites à leur place pour ne pas encombrer le terrain propre de l'éléphantiasis. Les médecins et les chirurgiens, même aujourd'hui, n'ont que trop de facilité à employer, à tort, le terme d'éléphantiasis, et à perpétuer la confusion sur ce point; il est indispensable de réagir, et de donner l'exemple de la sévérité terminologique. E. B. — A. D.

Les noyaux sclérosés du tissu cellulaire sous-cutané sont formés d'un feutrage de tissu cellulaire jeune, riche en sucs et contenant un nombre considérable de cellules rondes et étoilées (corpuscules plasmatiques). Les glandes cutanées sont intactes en quelques points, ailleurs déformées, étalées, ainsi que le pannicule adipeux, ou atrophiées; l'endothélium des glandes sudoripares est gonflé, vitreux (Gay); les muscles sont gras, décolorés. Les artères et les veines (celles-ci présentent des thromboses et sont en grande partie dilatées) sont entourées d'une tunique adventive épaissie. Les vaisseaux lymphatiques, ainsi que les espaces lymphatiques interstitiels jusqu'au sommet des papilles, sont élargis (Teichmann), remplis de lymphe, et par places dilatés en ampoules tapissées d'un endothélium (Czerny).

On observe un état analogue dans l'éléphantiasis du scrotum auquel s'ajoutent, dans l'Él. télangiectode, des caractères particuliers, tels que une dilatation et une néoformation de vaisseaux sanguins et de lacunes sanguines à parois épaisses, ainsi que (dans beaucoup de cas) des névromes (Czerny) (1).

---

(1) Hendy, à la fin du siècle précédent, Alard, Andral, Bouillaud, et Rayer, au commencement de celui-ci, Cruveilhier, un peu plus tard, avaient établi, aussi complètement que possible, l'anatomie macroscopique de l'éléphantiasis, et d'une manière suffisante pour fixer la nature lymphatique et le siège conjonctif de l'affection.

Il est évident que l'introduction des études histologiques devait apporter de grands éclaircissements à cette étude ; ils ont été fournis par de nombreux auteurs, au premier rang desquels le professeur Vulpian — Note sur l'anat. path. de l'éléph. des Arabes, comm. à la Soc. de biol., le 8 novembre 1856, *Comptes rendus des séances et mém. de la Soc. de biol.*, 2e série, t. III, 1856, page 363, Paris, 1857 — précédé seulement dans cette voie par Simon, de Berlin.

La *lésion initiale* émane du réseau lymphatique lacunaire du derme, dont les éléments conjonctifs s'hypertrophient immédiatement et directement, sans phase embryonnaire nettement constatable. Dès le début, d'après les recherches de Teichmann et de Virchow, on peut constater la prolifération épithéliale des petits vaisseaux lymphatiques, dont la paroi est épaissie. Plus tard, lorsque les fibres conjonctives feutrées du derme sont augmentées de volume et de densité, elles forment un réseau, baigné de liquide lymphatique, communiquant avec les espaces plasmatiques agrandis, et le système lymphatique général, par conséquent.

L'altération se propageant envahit l'hypoderme, dont les lobules adipeux disparaissent devant la stase lymphatique et l'hypertrophie des trabécules. Enfin, l'altération peut se propager à tous les espaces lamineux du membre, jusqu'au périoste.

A ce degré extrême, si l'on fait une coupe à travers la totalité d'un membre éléphantiasique, on constate que la surface plus ou moins

Si l'on compare le développement de l'éléphantiasis des Arabes avec les résultats de l'observation anatomique, on se persuade facilement que la stagnation et la répétition de l'œdème à la suite de poussées inflammatoires chroniques, sont le point de départ de l'hypertrophie du tissu connectif, de l'épaississement de tout le membre, et des autres altérations de tissu. Cependant toutes les variétés d'œdème ne conduisent pas aussi facilement et aussi promptement à l'hypertrophie du tissu connectif. L'œdème séreux, comme celui qui est dû à un arrêt du sang dans les petites veines ou dans les gros troncs veineux, ou celui qui tient à une diminution de l'élimination rénale, n'y aboutit pas. Des recherches intéressantes de Cohnheim, Ranvier, Lassar, Sotnitschewsky et d'autres, sans donner sur tous les points des résultats bien précis, ont montré cependant la différence qui existe entre l'imbibition des tissus par de la sérosité inflammatoire (exsudée des vaisseaux par suite d'inflammation) et celle produite par la sérosité due à un obstacle mécanique au cours du sang dans les vaisseaux normaux. Toutefois ceci n'est pas absolu. Car je connais bon nombre de cas d'œdème par

---

complète de cette coupe est à peu près uniformément lardacée, blanc jaunâtre, quelquefois comme gélatiniforme, par suite de la coagulation du liquide fibrinogène qui infiltre les tissus.

La consistance de ces parties est variable selon le degré de condensation et d'hypertrophie de la trame conjonctive, en général, en rapport avec l'ancienneté de la maladie, et sa combinaison avec l'espace occupé par les lacunes et les lacs lymphatiques. De là, les diverses variétés d'éléphantiasis, *œdémateux* ou *scléreux*, selon le degré relatif des éléments solidifiés, ou restés liquides.

Le *liquide* qui occupe tous les espaces intercellulaires lacunaires, tous les lacs ou kystes lymphatiques, et qui se coagule à l'air après s'être légèrement troublé, n'est autre que le liquide éléphantiasique propre, celui que nous obtenons pendant la vie par la piqûre, liquide alcalin, légèrement albumineux, contenant une grande quantité de graisse à différents états, fibrinogène, et par conséquent formant un caillot et un sérum par le repos, et chargé d'éléments figurés. Ces éléments concourent, dans une part et selon un mécanisme vital qui reste encore un un peu obscurs, à la supernutrition et à l'hyperplasie conjonctives.

Les vaisseaux lymphatiques de tout ordre ont augmenté de volume et d'épaisseur, les ganglions lymphatiques inguinaux et poplités sont hypertrophiés, et gorgés d'éléments cellulaires.

Les artères et les veines prennent part à l'hypertrophie générale ; un grand nombre de veines sont dilatées, plusieurs présentent les lésions et les reliquats de la périphlébite et des endophlébites oblitérantes. Cornil et Ranvier — *loc. cit.*, p. 797, Obs. de Girard, *Soc. anat.*, 1883 — notent que les capillaires des papilles sont le plus souvent de dimension considérable, et restent remplis de sang après la mort.

Cela explique l'abondance du sang veineux, qui sort quelquefois en

stase dans l'asphyxie locale des membres supérieurs et inférieurs, dans lesquels il s'est développé, dans le cours des années, de la pachydermie conjonctive sans phénomènes inflammatoires. Mais dans l'éléphantiasis des Arabes il s'agit toujours et partout de ce que Virchow a appelé œdème lympathique, c'est-à-dire d'une sérosité, riche en globules blancs, qui s'accumule dans les interstices des tissus. Un pareil œdème conduit directement, d'après les recherches microscopiques (Young), à une néoformation du tissu connectif; les globules blancs prolifèrent, poussant des prolongements qui s'anastomosent sous forme de fibres : indirectement aussi, ce liquide nutritif abondant amène l'hypertrophie des éléments conjonctifs normaux (fixes) (1).

Je connais aussi, il est vrai, plusieurs cas d'éléphantiasis colossal uni ou bilatéral des membres inférieurs et des fesses qui se sont développés dans l'espace de deux à trois ans, sans inflammation, chez des jeunes filles, des petites filles et chez des personnes du sexe masculin, d'ailleurs bien portantes.

Les causes connues de l'éléphantiasis des Arabes confirment encore ces résultats, car l'affection tend évidemment à se développer partout

---

quantité et avec une force relativement considérables par une simple piqûre, et mérite d'être signalé au point de vue chirurgical. Toutes les opérations pratiquées sur les parties éléphantiasiques sont très sanglantes.

Les altérations des nerfs sont multiples, hypertrophiques, périfasciculaires, atrophiques, régressives ; elles semblent bien être secondaires comme chronologie et comme importance, mais ce sont là des points qui réclament de nouvelles recherches.

Dans un grand nombre de cas, la prolifération éléphantiasique, alors même qu'elle est énorme, occupe surtout le derme profond, et l'hypoderme ; mais dans d'autres circonstances la zone papillaire participe activement aux altérations cellulo-lymphatiques, et donne lieu à toutes ces variétés si remarquables d'éléphantiasis villeux, papillomateux, et tuberculeux. Toutefois, dans ce dernier cas, et surtout dans les grandes masses globuleuses, c'est la totalité de la peau, hypoderme compris, qui constitue les masses saillantes.

Les altérations de la zone épidermopapillaire n'ont rien de spécifique ; elles se confondent avec celles des papillomes, et de toutes les proliférations irritatives de cet appareil.

Quant aux éléments différenciés du derme, ils ne présentent que des altérations mécaniques, cirrhotiques ; les glomérules se trouvent abaissés à une grande profondeur par suite de l'augmentation considérable de l'épaisseur du derme et de l'hypoderme.

Les ganglions lymphatiques présentent tous les caractères de l'hypergénèse irritative chronique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Voy. RENAUT, in Manuel de d'anat. path. de Cornil et Ranvier, 1re édit., Paris, 1876. E. B. — A. D.

où les conditions locales favorisent la répétition des inflammations et la stagnation de l'œdème inflammatoire (1).

---

(1) Après avoir hautement proclamé l'ubiquité géographique de l'éléphantiasis dans toutes ses formes, et son existence dans toutes les races humaines, nous avons soin d'ajouter immédiatement que la plus extrême inégalité se montre dans la répartition géographique et individuelle de la maladie.

Toutes les contrées basses, humides, marécageuses, chaudes, sont des *lieux d'élection* de l'éléphantiasis, qui peut s'y établir à l'état *endémique*, avec ou sans la présence de la filaire du sang.

Tous les *âges* peuvent être atteints, même l'enfance — Voy. MONCORVO, De l'éléph. des Arabes chez les enfants, *Revue des maladies de l'enfance*, 1886, et Del elefantiasi degli Arabi nei bambini, *Arch. di Pathol. infant.*, 1888. — Nous ne réclamons bénéfice d'inventaire que pour l'éléphantiasis congénital, ou fœtal.

Bien que les hommes soient plus fréquemment atteints, les deux *sexes* y sont également exposés ; l'inégalité ne s'établit que selon la mesure dans laquelle la civilisation apporte, au point de vue matériel, une différence entre l'existence des hommes et des femmes.

Le rôle de la *race*, comme condition prédisposante, est manifeste ; la race blanche est peu atteinte; la race éthiopienne et la race noire tout entière y sont spécialement exposées. Enfin les *créoles* ont une disposition irritable *spéciale* du système lymphatique qui les rend particulièment aptes à l'éléphantiasis, comme à tous les éléments de la pathologie lymphatique.

Les *conditions hygiéniques* et *pathologiques* ont une action certaine : l'éléphantiasis se développe avec plus de facilité chez tous les sujets placés dans de mauvaises conditions d'hygiène, populations inférieures des pays à esclaves, affaiblies par la misère, les privations, le travail excessif, l'irritation répétée des membres inférieurs par les *piqûres d'insectes*, la fange des marais, la continuation de ces irritations appliquées à des parties déjà altérées, etc. — Dans la même direction, agissent toutes les circonstances dépressives produites par les maladies constitutionnelles ; syphilis, tuberculose, etc.

Les *conditions déterminantes directes* ont une importance de premier ordre dans le développement de l'éléphantiasis : toutes celles qui sont capables de produire *l'irritation du réseau lymphatique*, qu'elles émanent du dehors ou qu'elles proviennent du dedans, et aussitôt qu'elles sont capables de produire la *stase lymphatique* prolongée, favorisent l'apparition de l'éléphantiasis. De même, toutes les lésions aiguës répétées ou chroniques du tégument, *quelles qu'elles soient*, lichen, eczéma, lymphangites, érysipèles, érythèmes répétés, etc.; toutes les lésions tuberculeuses de la peau, et les lésions syphilitiques.

Toutes les causes indirectes d'obstacle à la circulation lymphatique sont encore des conditions déterminantes de l'éléphantiasis, telles que les adénopathies chroniques, les varices, la phlébite des membres, la stase circulatoire veineuse prolongée, d'origine locale ou centrale, etc.

En résumé, l'éléphantiasis, dans l'acception très large que nous lui

Il faut rappeler, pour les membres inférieurs, l'eczéma chronique, les ulcères des jambes (1), les cicatrices, les cals osseux, les néoformations chroniques (gommes syphilitiques, lupus) (2), la constriction cicatricielle des ganglions inguinaux, probablement aussi la rétraction de certains exsudats, et les tumeurs du bassin ; car j'ai vu des cas d'éléphantiasis de la jambe se développer chez de jeunes femmes peu de temps après les couches.

A cette même catégorie appartient aussi la tuméfaction œdémateuse qui survient dans la sphère de nerfs paralysés ou irrités (par exemple par des cicatrices). Cet état de peau rouge, tuméfiée, d'un satiné brillant (glossy skin), accompagné de cyanose et d'abaissement de la température, de sensation de douleur ou au contraire de diminution de la sensibilité, peut conduire à la pachydermie (pachydermie nerveuse); dans d'autres cas, il est vrai, il se termine en atrophie du tissu, ainsi que la pachydermie qui provient parfois d'une cyanose chronique, d'une asphyxie locale, et que j'ai observée à plusieurs reprises; je ne puis donc faire autrement que de la maintenir, malgré le doute exprimé par Esmarch.

Toutefois il est difficile, comme je l'ai dit ci-dessus, de trouver la cause de bon nombre d'éléphantiasis des membres et tout particulièrement de l'éléphantiasis des parties génitales que l'on rencontre en Orient et sous les tropiques, sporadiquement aussi en Europe. Il faut absolument, en raison de notre ignorance, admettre une prédisposition spéciale occasionnée par la race, l'individualité, ou encore le climat.

Le cas d'Él. télangiectode de Hecker et de Czerny était survenu dans trois générations d'une famille, il était donc héréditaire; toutefois ce cas n'était pas, comme je l'ai dit plus haut, sous la forme habituelle de l'éléphantiasis des Arabes.

Le rapport des varices lymphatiques et de la lymphorrhagie avec les éléphantiasis des membres dits endémiques ou des tropiques, notam-

---

donnons, reconnaît des *causes multiples*, dont l'association à plusieurs éléments est souvent nécessaire, mais dont aucune n'est spécifique, ni exclusive.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Voyez sur ce point important, et mal connu malgré son apparente banalité, une monographie très remarquable de ÉDOUARD JANSELME — Des dermites et de l'éléphantiasis qui succèdent aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, *Thèse de Paris*, 1888.

E. B. — A. D.

(2) Cf. MATHIEU, Pseudo-éléphantiasis strumeux, *Progrès médical*, 1883, et X. ARNOZAN, Leçon clinique sur l'éléphantiasis, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1888. E. B. — A. D.

ment avec celui des parties génitales manque aussi de clarté. Mais de tout temps on a considéré la stase dans les voies lymphatiques comme une cause essentielle de l'éléphantiasis.

On a indiqué également comme origine de ces variétés d'affections, l'érysipèle chronique récidivant et la stase lymphatique consécutive (Rigler, Rayer, Pruner, etc.), mais, dans beaucoup de cas, ces accidents faisaient défaut, et spécialement pour l'Él. du pénis on ne les a pas signalés. On a observé des varices lymphatiques et, comme dans le cas que j'ai vu, des proéminences analogues à des bulles et de la lymphorrhagie qui surviennent souvent dans l'Él. du scrotum en Orient (1).

On a dit aussi que la tuméfaction des ganglions lymphatiques, particulièrement des ganglions de la jambe, constitue le phénomène primaire, et la stase lymphatique dans les parties périphériques ainsi que l'hyperthrophie du tissu conjonctif, le phénomène secondaire de la maladie, ce qui a fait désigner aussi cette affection sous le nom maladie glandulaire des Barbades (Hendy et Rollo). Mais dans bon nombre de cas, comme dans celui que j'ai observé, il n'y a pas d'intumescence ganglionnaire appréciable.

Dans ces dernières années, on a imprimé à l'étiologie de l'Él. d'Orient une direction plus positive, en établissant un rapport de causalité entre la filaire sanguine de l'homme (Lewis) et l'Él. des Arabes. Ce nematode, dont des embryons ont été trouvés par Wucherer (1866) à Bahia dans la chylurie, dans l'urine, plus tard par Lewis à Calcutta également dans le sang chez des individus atteints de chylurie, a été constaté sous forme de ver à l'état adulte, notamment par ce dernier auteur, par Manson, Bancroft (Australie), da Silva Araujo (Brésil), Felicio dos Santos, Cobbold, Makenzie, dans les sucs des tissus du scrotum éléphantiasique, dans des abcès lymphatiques du bras, dans des varices lymphatiques. Partant de là ainsi que de faits expérimentaux dont, après Lewis, le mérite revient surtout à Manson, l'idée fut émise, principalement par ce dernier auteur, que la filaire sanguine occasionne tantôt de la chylurie, tantôt de la diarrhée chyleuse, tantôt une hydrocèle chyleuse, tantôt enfin une éléphantiasis et une lymphorrhée, que toutes ces affections, en un mot, qui peuvent alterner entre elles, forment un complexus de symptômes, qui constitue la filariose.

Le cycle de développement qui se produit ici a été également établi d'une manière expérimentale (1875) par Manson.

On avait constaté, en effet, que les embryons de la filaire ne circulent

---

(1) Cf. F. Roux, *Trait. prat. des malad. des pays chauds*, t. III, Paris, 1888, p. 78, *Éléphantiasis*, et p. 124, *Lymphscrotum*.

E. B. — A. D.

dans le sang que pendant la nuit, durant le sommeil, qu'on peut les voir au microscope, et que les moustiques sont les porteurs intermédiaires et le terrain de développement des embryons. On a pu suivre dans l'estomac des moustiques qui se sont saturés des sucs d'un individu atteint de filaire, les phases de développement des embryons presque jusqu'à la filaire adulte. Il ressort de ce fait que les moustiques remplis de filaires meurent au bout de trois jours, tombent dans l'eau et que là les filaires devenues libres atteignent l'âge adulte, sont avalées dans la boisson par l'homme, et de l'estomac humain émigrent dans les tissus, oblitèrent les vaisseaux lymphatiques, et produisent, suivant la région atteinte, de la chylurie, de l'éléphantiasis ou de la lymphorrhée. Les embryons devenus libres circulent dans le sang et sont de nouveau repris par les moustiques.

Mais malgré les faits connus jusqu'à présent, la théorie de Manson n'a pas été acceptée par la généralité des médecins.

Dans le cas que j'ai cité, dont on a examiné avec soin la lymphe et le sang, on n'a trouvé ni filaire, ni embryons, pas plus que dans le cas communiqué par Nieder de varices lymphatiques et de lymphorrhée des grandes lèvres chez une jeune fille de quatorze ans, qui se trouvait à la clinique médicale de Freiburg (1).

Pour établir le diagnostic de l'éléphantiasis des Arabes, il suffit de s'en tenir à la notion rigoureuse de cette maladie telle que nous l'avons exposée précédemment, c'est-à-dire en excluant les formes d'Él. télangiectode et de fibromes nerveux provenant d'anomalies congénitales, et en tenant compte des symptômes décrits ci-dessus.

Le pronostic n'est relativement favorable que durant les premières périodes de l'affection, au stade de l'œdème, dans les cas où les conditions étiologiques sont de nature à être modifiées par le traitement, et chez les sujets à qui leur situation permet de se soustraire,

---

(1) Les rapports de l'éléphantiasis en général, et ceux de l'éléphantiasis avec varices lymphatiques — type lymphoscrotum — avec la *filariose* ne sont pas douteux — Voyez sur l'ensemble de la question, H. Barth, De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes, etc. Revue générale *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. II, 1881, p. 546, 677.

Mais il est également certain que la filaire ne produit pas nécessairement l'éléphantiasis chez tous ceux qui en sont atteints, et que, d'autre part, toutes les formes d'éléphantiasis, de même que les varices lymphatiques du derme, libres ou en tumeur, les adénolymphites, etc., peuvent se développer absolument en dehors de la filaire du sang.

En cet état de choses, deux propositions seulement peuvent être sou-

dans une certaine mesure, aux causes provocatrices ou aggravantes (1).

Le traitement, réglé sur les lois de la pathologie et de la thérapeutique générales, sera modifié selon les indications propres à chaque cas particulier.

Dans l'éléphantiasis de la jambe, on combattra, avant tout, les phénomènes inflammatoires, et on renouvellera la médication à chaque accès nouveau. Quand il y a de la douleur et de l'hyperthermie locale, l'élévation du membre, l'application du froid, d'abord, et plus tard les fomentations chaudes, dites « résolutives », les bains tièdes, sont des moyens qui conviennent parfaitement. S'il y a des ulcères, de l'eczéma, des végétations verruqueuses, on appliquera les moyens appropriés à ces complications diverses (pommades, liniments, caustiques); on ramollira les dépôts de squames et les croûtes, pour déterger les surfaces. On engagera enfin les malades à éviter avec soin toutes les circonstances qui pourraient rappeler l'inflammation et augmenter l'œdème.

Ce que l'on se propose particulièrement, c'est d'obtenir une diminution de volume du membre par la résorption de l'infiltrat œdémateux. Des onctions méthodiques avec l'onguent mercuriel, la pommade à l'huile de cade, la lanoline, la vaseline, avec ou sans addition de médicaments favorisant la résorption, un massage méthodique, associés à des fomentations soigneusement faites, à des bains tièdes, et enfin la position horizontale de la jambe, amènent souvent en quelques jours une diminution réelle de l'induration et du volume des membres. Ulté-

---

tenues : ou bien la filariose n'est qu'une des *causes*, la plus fréquente si l'on veut dans certaines régions, de l'éléphantiasis, qui agit sans spécificité et à la manière des irritants d'un autre ordre; — ou bien, elle ne serait, chez les sujets atteints d'éléphantiasis qu'une coïncidence, ou seulement favorisée dans sa production, ou dans sa localisation, par l'éléphantiasis préexistant.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le pronostic de l'éléphantiasis est extrêmement variable selon les cas : d'une manière générale, il n'implique aucun danger direct pour l'existence. Les accès éléphantiasiques, malgré la violence que présente parfois leur degré fébrile, se terminent communément d'une manière favorable. Le péril provient seulement des conditions locales : phlébites, phlegmons profonds, gangrènes, qui peuvent survenir soit spontanément, soit à la suite des divers procédés chirurgicaux dirigés contre l'éléphantiasis. C'est surtout par sa résistance à tous les modes de traitement, par l'impotence qu'elle produit, par les accidents sans nombre dont son cours est traversé, que cette affection acquiert toute sa gravité propre.

E. B. — A. D.

rieurement, on poursuivra la réduction par l'emploi du bandage compressif, qui cependant ne doit être mis en œuvre que lorsqu'il n'existe plus aucun symptôme inflammatoire aigu. Ce bandage consiste en une bande de flanelle ou de caoutchouc, ou mieux encore, en une bande de coton préalablement trempée dans l'eau ; on l'applique d'abord sur les orteils, puis on remonte de bas en haut en faisant des tours assez serrés et aussi unis que possible jusque sur la partie du membre qui est le siège de l'éléphantiasis. Sous l'influence de cette compression, le volume du membre diminue rapidement ; aussi pendant les premiers jours faut-il refaire le bandage deux ou trois fois. Lorsque l'on a ainsi obtenu toute la diminution que pouvaient donner le refoulement mécanique et la résorption de l'œdème, il ne reste plus que l'excès de volume, que l'on peut avec raison attribuer à l'hypertrophie du tissu cellulaire. Or, on a été tenté à différentes reprises de limiter cette hypertrophie, en diminuant l'afflux du sang dans le membre au moyen de la compression méthodique de l'artère crurale, ou (depuis Carnochan, 1851) en pratiquant la ligature de cette artère et même de l'artère iliaque ou la résection de l'ischiatique. Sans parler des cas de ce genre qui se sont terminés fatalement par suite de gangrène et de pyémie, il ne s'est produit dans les autres que l'amélioration résultant de la prolongation durant plusieurs semaines, du décubitus horizontal nécessité par ces opérations, c'est-à-dire une simple diminution de l'œdème. En présence de ces faits, lorsque l'éléphantiasis de la jambe atteint des proportions considérables, on serait presque autorisé à proposer aux malades l'amputation de la jambe, qui les débarrasserait d'emblée d'un membre gênant et inutile, et les mettrait à même de faire usage d'un membre artificiel ; mais, par malheur, jusqu'à présent la plupart des malades ont succombé aux suites des amputations qui ont été pratiquées sur des membres éléphantiasiques.

Moncorvo et Silva Araujo prétendent avoir obtenu de brillants succès par l'emploi électrolytique du courant constant. Ces méthodes ne m'ont donné aucun résultat. Mais, par contre, elles ont souvent provoqué dans le tissu présentant déjà de mauvaises conditions de circulation, de l'inflammation, de l'érysipèle et même aussi de la gangrène.

Il n'en est plus de même de l'éléphantiasis localisée aux parties génitales et à d'autres régions du corps, laquelle ne peut être guérie qu'au moyen d'une opération ; et, depuis Gaëtani-Bey, les méthodes opératoires appliquées à l'éléphantiasis du scrotum ont été tellement perfectionnées, que les tumeurs les plus monstrueuses peuvent être enlevées avec succès ; toutefois, en pratiquant l'excision, on doit veiller avec

soin à laisser des lambeaux suffisants pour recouvrir le pénis et les testicules (1).

MYXŒDÈME.

Je voudrais appeler votre attention sur la maladie très spéciale que Ord a décrite sous ce nom et qui se rapproche de l'affection dont il vient

(1) Le traitement de l'éléphantiasis est d'un intérêt général, non pas seulement parce que la maladie est ubiquitaire, mais parce que beaucoup de médecins européens, qui font leurs études en Europe, vont exercer en pays exotiques, et parce que les relations avec ces pays, aujourd'hui faciles et rapides, amènent en Europe des éléphantiaques que chacun d'eux peut être appelé à soigner, soit dans une des crises intercurrentes — accès éléphantiasiques — soit pour un accident, soit enfin, pour la maladie elle-même.

a. Prophylaxie générale et individuelle. — Les progrès de l'hygiène et de la police médicale, l'amélioration des conditions sociales, diminuent rapidement le nombre des cas d'éléphantiasis dans tous les lieux où la maladie est endémique ; la simple installation d'un service sanitaire suffit pour réduire de moitié, en peu d'années, le nombre des éléphantiasiques.

Les individus doivent, de leur côté, s'entourer des précautions nécessaires pour éviter toutes les causes d'irritation particulière du tégument propres aux contrées qu'ils habitent. C'est de l'absence de ces précautions, et surtout de l'absence de soins au moment des premières attaques, que relèvent le plus grand nombre des cas de la maladie, dans toutes les contrées où elle est endémique.

Dans les pays paludéens, on prescrira les préparations de quinine ; à titre préventif, on recommandera aux malades d'éviter les causes de refroidissement, surtout le soir; on leur conseillera l'usage de la flanelle, etc. Tout individu, ayant déjà eu un accès d'éléphantiasis, ne devra négliger aucune des règles de l'hygiène préventive.

b. Traitement de l'accès éléphantiasique. — En présence d'un accès éléphantiasique, on prescrira le repos au lit, les diaphorétiques; le sulfate de quinine; les évacuants, à dose purgative ou vomitive selon l'indication. Localement, on mettra le membre dans l'élévation sur un coussin, protégé par un cerceau, et recouvert de cataplasmes de fécule arrosés d'eau blanche, ou de toute autre espèce de fomentation appropriée, humide ou sèche : eau de son, poudre d'amidon, solution de salicylate de soude 25 p. 1000, etc.

c. Traitement de la lésion à la période d'état. — La compression représente le moyen d'action le plus réellement efficace auquel on puisse avoir recours dans le traitement de l'éléphantiasis confirmé ; elle doit être opérée à l'aide d'une bande de caoutchouc élastique, appliquée avec méthode et d'une manière conforme aux règles particulières de la compression élastique : la partie qu'il s'agit de comprimer aura toujours été préalablement recouverte d'une couche d'ouate épaisse, maintenue par un bandage roulé, modérément serré, et disposé

d'être question. J'ai vu plusieurs cas typiques de myxœdème en 1881, à Londres, mais je n'en ai observé encore aucun dans ce pays. Cette maladie n'a été connue jusqu'ici que par les travaux des médecins anglais et français, en premier lieu par ceux de William Gull, qui l'a signalée

---

de façon que la bande de caoutchouc trouve un substratum régulier et uniformément cylindrique.

On aura soin de ne jamais appliquer la bande élastique à nu sur la peau des membres éléphantiasiques ; nous avons vu les accidents les plus regrettables être produits entre des mains inexpérimentées, par l'oubli de ce précepte sur lequel nous insistons sans cesse.

Il est inutile de dire que c'est là un mode de pansement qui doit être effectué par le médecin lui-même, et qui réclame de sa part une surveillance minutieuse. Chez les divers malades, le degré exact de la compression efficace, suffisante, et non trop forte, varie notablement et il ne peut être réalisé qu'après divers tâtonnements : trop peu serré, le bandage est sans action ; trop serré, il devient rapidement la cause de vives douleurs et de lésions ulcéreuses ou gangréneuses.

Dans l'éléphantiasis sordide, l'application du bandage élastique doit être précédée d'une mise en état des surfaces, à l'aide du savon noir, des lotions alcalines, des cataplasmes de fécule, des fomentations salicylées, etc. Dans les circonstances où l'on trouvera, au moment de la mise en traitement, des lésions telles que lymphangite, eczéma, végétations, etc., on commencera, il est superflu de le dire, par appliquer à ces altérations le traitement local qui leur convient.

S'il existe, ainsi que cela est fréquent à la jambe, un ulcère primitif ou secondaire, ce n'est pas une contre-indication formelle à l'emploi de la compression élastique, mais cela en rend l'application plus délicate et plus laborieuse : à cause même du mode d'application de la force constrictive, on ne peut avoir recours à aucun drainage suffisant pour amener au dehors, par une voie déterminée, les liquides dont la compression exagère l'écoulement; il en résulte une infection rapide des pièces de pansement, et la nécessité de les changer incessamment.

Il n'est aucun cas d'éléphantiasis si généralisé et si excessif qu'il soit, qui ne puisse bénéficier de ce traitement. Mais les succès rapides et faciles s'obtiennent surtout dans les cas d'éléphantiasis limité, ou unilatéral, soumis au traitement avant la période des lésions profondes et des altérations du derme.

Dans la même direction agissent le *massage* pratiqué méthodiquement, l'*élévation* et la *suspension* prolongées des membres atteints, l'application des *douches sulfureuses chaudes*.

Ce n'est pas tout; il faut encore compter parmi les moyens *adjuvants* qui doivent être mis en usage concurremment avec les précédents, la *faradisation*, les *courants continus*, l'*électrolyse*, qui peuvent agir très utilement en luttant contre les dégénérescences et les atrophies musculaires et nerveuses, et imprimer à l'innervation des parties malades une action salutaire. Mais, pour obtenir de ces agents un effet utile et inoffensif, il faut les appliquer avec la connaissance suffisante de l'électrothérapie en général, en tenant compte des indications propres à chaque

en 1873, sous le nom d' « œdème crétinoïde », en raison de la dépression intellectuelle rappelant le crétinisme que présentaient les personnes atteintes de cette affection; ensuite par Ord, en 1877, qui le premier démontra que, au point de vue anatomique, l'œdème apparent de la peau

---

cas particulier, en se rappelant qu'ils ne peuvent jamais, à eux seuls, constituer une médication exclusive ni générale, propre à tous les cas d'éléphantiasis sans exception.

Alard — *De l'infl. des vaisseaux absorbants-lympathiques dermoïdes et sous-cutanés*, Paris, 1824, p. 389, 390, recommande l'électrisation comme utilisable dans les conditions que nous venons d'indiquer, et cite le malade de la dix-septième observation de Hendy, lequel « attribuait son entière guérison, et la disparition totale du gonflement, à des commotions électriques qu'il reçut jusqu'à la douleur ». Mais il faut reconnaître que c'est surtout aux médecins américains qu'est dû le rajeunissement de cette médication, son expérimentation sur une grande échelle, particulièrement à Silva Araujo, Moncorvo, Vieira de Mello, pour le Brésil, et Beard et Rockwell pour les États-Unis — Voyez sur tous ces points, et pour la bibliographie complète des travaux brésiliens de 1877 à 1887, le 3e fascicule de l'*Atlas des maladies de la peau de* Silva Araujo, avec phototypie, texte français, Rio de Janeiro, 1887.

S'il fallait ajouter quelque chose pour bien établir que malgré l'emploi de tous ces agents réunis et combinés, beaucoup de cas d'éléphantiasis restent incurables, il suffirait de signaler les tentatives opératoires qui ont été proposées et mises à exécution dans l'espoir d'obtenir la cure radicale de l'éléphantiasis, la ligature de l'artère principale du membre, ou la section et la résection des troncs nerveux.

Sans parler des insuccès, et des malheurs post-opératoires, chacun comprend qu'il ne saurait être question, ici, d'une mesure générale de traitement, ni même d'un moyen applicable à un grand nombre de cas. Si les altérations éléphantiasiques sont peu avancées, il n'y a pas lieu d'avoir recours à ces moyens extrêmes; si elles sont, au contraire considérables et anciennes, le médecin qui aura notion exacte des lésions réalisées dans toutes les parties du membre, ne supposera jamais que l'interruption momentanée du cours du sang artériel puisse en procurer l'arrêt et la guérison ; cette tentative, je le répète, ne peut être discutée en principe que dans certains cas, tout exceptionnels, de lésion dûment localisée, unilatérale, *stationnaire*, et sur la demande expresse et formelle du malade éclairé sur toutes les éventualités qui s'y rattachent.

Voyez, en outre, que la compression digitale, déjà tentée à plusieurs reprises, ne compte encore que des insuccès, au moins dans notre pays. Chez un malade de Gosselin, qui fut soumis à la compression digitale de l'artère crurale pour un éléphantiasis unilatéral, la compression digitale devint la cause d'une excoriation d'où partit un érysipèle intense, lequel se propagea à l'autre membre, jusque-là intact, et qui, de ce moment, commença à s'hypertrophier. Aussitôt que ce patient fut en état de marcher, il réclama instamment sa sortie de l'hôpital, désireux de se soustraire au plus tôt à la sollicitude trop

et des autres tissus consiste en un dépôt et une prolifération du tissu muqueux. C'est pour cette raison qu'il a proposé le nom de myxœdème comme étant le plus caractéristique. Charcot décrivit aussi cette affection sous la dénomination de cachexie pachydermique (1879). D'autres

---

active du chirurgien. — Cf. A. Broca, *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, T. I, p. 593 et suiv., Paris, 1890.

Les scarifications, l'ignipuncture, les incisions plus ou moins profondes, remises récemment en honneur par Le Dentu dans l'éléphantiasis du scrotum, trouvent peu d'applications utiles dans l'éléphantiasis des membres, et deviennent très souvent le point de départ de lymphangites, d'érysipéloïdes, ou d'érysipèles vrais dans le milieu nosocomial; de plus, la persistance de l'obstacle au courant lymphatique, la coagulation rapide du liquide éléphantiasique, liquide fibrinogène, autant combiné qu'infiltré, rendent l'écoulement insuffisant et ne permettent d'arriver à aucun autre résultat qu'à un amendement tout à fait passager.

Il faut proscrire encore plus sévèrement les vésicatoires et les cautères, qui ont les mêmes dangers et la même inutilité depuis longtemps signalés par Alard, *loc. cit.*, p. 389. « Souvent, dit-il, l'ulcère qui résulte du cautère s'étend, devient d'une mauvaise nature, produit une suppuration sanieuse, *et non* l'écoulement de la lymphe coagulable, de sorte qu'il aggrave inutilement la situation des malades. »

Quelle que soit la médication adoptée, lorsque l'éléphantiasis atteint la totalité d'un membre, lorsqu'il a envahi les deux membres, les résultats sont imparfaits, incomplets, et, bien des fois, le malade et le médecin, lassés et découragés, en sont réduits à employer une compression simplement palliative à l'aide de bas élastiques, ou lacés. Dans d'autres cas, ce sont les acccès intercurrents qui, en multipliant les lymphangites, interrompent sans cesse le cours de la médication, et en retardent indéfiniment les résultats favorables.

Enfin, nous aurons achevé en disant que l'existence, ou l'absence, de la *filaire*, chez les sujets atteints d'éléphantiasis, ne modifient en rien les conditions de traitement, et qu'aucun résultat *curatif* n'est sorti de la découverte de la *filariose*. Si vous ajoutez à tout cela les mille impédiments qui résultent de l'indocilité des malades, de leur condition souvent misérable, et de toute une série d'incidents prévus ou imprévus, vous vous ferez une idée peu brillante, mais juste, de la valeur absolue du traitement dont nous disposons contre l'éléphantiasis vrai des membres.

Nous n'exagérons ni les difficultés, ni les revers de ce traitement, dont nous avons poursuivi l'application sous toutes ses formes, avec autant de soin et de ténacité que cela a été possible, et sur la valeur réelle duquel il est nécessaire que le médecin soit exactement renseigné.

En résumé, c'est donc surtout à la *prophylaxie* locale et générale, sociale et individuelle, que l'avenir doit surtout s'adresser.

Pour l'éléphantiasis des membres, — nous ne parlons pas de l'élé-

observateurs (Savage, Hadden, Ballet, Thaon, Bourneville et d'Ollier, Ingliss, Hammond, Greenfield) ont encore étendu considérablement la symptomatologie du myxœdème (1).

---

phantiasis des organes génitaux dans les deux sexes, lequel, au contraire, est essentiellement justiciable de la thérapeutique chirurgicale, scarifications sanglantes et ignées, ignipuncture, électrolyse, résection, — pour l'éléphantiasis des membres, disons-nous, il n'y a véritablement pas de cure radicale en dehors de quelques conditions particulières.

Dans tous les cas où la lésion n'a pas atteint un développement excessif, ni dépassé la racine des membres, la compression élastique, avec le concours de l'élévation, du massage, des douches, de l'électrisation méthodique, etc., pourra rendre à la vie sociale tous les malades assez intelligents et assez dociles pour suivre les règles imposées par le médecin : absence de fatigue, soustraction de toute cause locale d'irritation, traitement actif des accès lymphangitiques, usage préventif des préparations de quinquina, d'iodure et de bromure de potassium, etc., règles variables selon les sujets, les lieux et les circonstances de la vie des malades.

En toute occurrence, on se rappellera que les conditions pathogéniques de l'éléphantiasis sont fort nombreuses ; que la *syphilis* et la *scrofulotuberculose*, soit par les lésions du système ganglionnaire, soit par les lésions osseuses, peuvent être indirectement incriminées, et devenir le point de départ d'indications thérapeutiques spéciales. Il en sera de même dans tous les cas d'*éléphantiasis secondaire*, pour chacun desquels il sera nécessaire d'instituer une médication basée sur les conditions particulières de la lésion première, et des altérations deutéropathiques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le MYXŒDÈME (œdème muqueux) de ORD — *état crétinoïde survenant chez les femmes à l'état adulte* de W. GULL ; *cachexie pachydermique* de CHARCOT ; auquel s'associent, comme espèces du genre, l'*idiotie avec cachexie pachydermique* de BOURNEVILLE et BRICON (*idiotie crétinoïde* de FLETCHER BEACH et de INGALS, *crétinisme sporadique* des auteurs anglais) et le *myxœdème par extirpation de la glande thyroïde* ou *myxœdème opératoire* de J. REVERDIN), *cachexie strumiprive* de KOCHER, de BERNE, — ayant pour base essentielle, commune à toutes ses espèces, formes, variétés, la *disparition pathologique, chirurgicale, ou expérimentale, du corps thyroïde*, constitue une individualité morbide nettement définie, et que nous proposons de dénommer sur cette base, *athyroïdie*.

La commission chargée, en 1883, par la Société clinique de Londres, de faire une enquête approfondie sur la question du myxœdème, a publié, en 1888, un travail très considérable — *Report on Myxœdema* — qui embrasse la question dans ses plus minutieux détails, et donne la bibliographie complète jusqu'en 1887. Le lecteur qui ne pourra pas se renseigner à cette source même, en trouvera un exposé

On l'a observé principalement chez des personnes du sexe féminin, rarement du sexe masculin; il se manifeste par une tuméfaction œdématiforme, l'épaississement et le durcissement de différentes parties de la peau, surtout de la face, ensuite du tronc et des membres, de la langue, du voile du palais; les paupières, le nez, les lèvres, paraissent comme boursouflés, en même temps durs, non dépressibles comme dans l'œdème; la peau est unie, sèche, d'un brillant mat, comme cireux. Cet état donne au visage une expression hébétée, timide.

---

analytique très lucide et très remarquablement tracé par M. Lannois, agrégé de la Faculté de Lyon, dans les n[os] 3 et 4 des *Archives de Médecine expérimentale*, mai et juin 1889, sous le titre de : De la cachexie pachydermique (myxœdème), et de ses rapports avec les affections de la glande thyroïde.

L'étude complète du myxœdème dépasse de beaucoup les limites du cadre de la pathologie cutanée, qui ne pourrait se l'annexer sans une véritable usurpation : Nous n'aurons à en retenir que les points par lesquels la pachydermie myxœdémateuse peut se rattacher à quelques états morbides — dont il n'est vraiment pas difficile de la différencier, mais qui, cependant, ont été jusqu'à présent plus ou moins confondus par quelques auteurs — la *sclérodermie*, *l'œdème chronique de la cyanose cardiaque ou de quelques autres cardiopathies ou cachexies*, la *pachydermie éléphantiasique*, les *masques scrofulotuberculeux*, *hérédosyphilitique*, *lépreux*, *acromégalique*, etc.

La peau myxœdémateuse est généralement pâle, cireuse, jaunâtre, luisante en quelques points, terne et salie en d'autres; quelquefois livide, asphyxique aux extrémités des membres; elle est sèche, écailleuse, pityriasique, exfoliante aux extrémités, quelquefois ulcérée, verruqueuse aux membres inférieurs — Alopécie partielle ou générale, dystrophies unguéales, ongles fragiles; hypothermie; sensibilité retardante mais conservée; prurit nul; sensations subjectives diverses « sensation d'eau froide coulant sur la peau », etc.

Les altérations tégumentaires propres ont pour siège essentiel non l'épiderme ni le derme, mais bien l'*hypoderme*, dont la masse adipeuse est considérablement accrue, non par infiltration, — elle ne conserve pas l'impression du doigt — mais par hypergénèse — *adipose, pseudolipomatose myxœdémateuse.*

« La lésion la plus habituelle, est celle que Ord avait déjà vue, et qui consiste dans la production nucléaire et le développement du tissu conjonctif; elle a son maximum au pourtour des glandes sudoripares, sébacées, et des follicules pileux. Dans la glande elle-même, l'épithélium de revêtement prolifère et desquame; les cellules rondes envahissent la lumière du tube et l'obstruent. La même chose se passe pour les glandes sébacées qui apparaissent, alors, comme des amas de noyaux. Les parois des petits vaisseaux ont été trouvées épaissies, mais dans un cas seulement, on a noté la même apparence dans le périnèvre. Dans une coupe à travers la lèvre inférieure, on

Les doigts, les mains se tuméfient et s'épaississent également dans leur totalité, ils se déforment, s'aplatissent comme des spatules et, par suite de l'épaississement des tissus, les malades les remuent difficilement; il en est de même de la peau qui entoure les articulations, de celle du tronc dans les régions les plus diverses, et cet état affecte la forme et l'extension les plus irrégulières. L'épaississement de la langue rend la parole difficile et indistincte.

En même temps, cet état se complique d'affaiblissement de l'intel-

---

note une grande abondance de graisse dans la sous-muqueuse, etc. LANNOIS, *loc. sup. cit.*, p. 602.

Comparées aux altérations scléreuses du derme, et aux altérations lymphatiques de l'éléphantiasis, les altérations du myxœdème, dont nous venons de donner un aperçu très sommaire, sont tellement spéciales, qu'il n'y a véritablement aucune crainte de les confondre avec celles de la *sclérodermie* ou de la *pachydermie éléphantiasique*, pas plus qu'avec les *œdèmes chroniques*.

Cliniquement, la différenciation peut être établie sur des bases précises.

Il y a bien, dans la sclérodermie *généralisée*, une période œdémateuse, ou hypersarcosique, qui peut en imposer un moment, mais cette phase qui n'est pas constante est éphémère, et pendant sa durée même on peut observer, si on examine attentivement la surface de la peau, des pigmentations et des réseaux sclérotiques débutant. Nous reconnaissons que dans certains cas rares, il peut exister une phase ambiguë; nous avons observé particulièrement un fait dans lequel le diagnostic de myxœdème avait été porté par un maître justement célèbre, alors que l'évolution ultérieure a montré qu'il s'agissait d'un cas de sclérodermie généralisée, à marche lente, qui s'est terminé par la mort avec lésions viscérales. Cette période prescléreuse passée, et ces cas rares exceptés, si l'on compare les membres hippopotamesques du myxœdémateux à ceux des sclérodermiques, ou le masque aplasique des mêmes malades, à la physionomie bouffie, porcelainée, élargie, ayant les paupières, les lèvres tuméfiées et saillantes, etc., etc, des myxœdémateux, on aura les deux extrêmes les plus opposés que l'on puisse imaginer.

Nous laissons à dessein de côté la question du rapport de nature, et de l'analogie de certaines lésions vasculaires, musculaires, viscérales, propres aux deux maladies, pour ne pas sortir des limites que nous nous sommes imposées, et pour ne pas compliquer la question pratique et spéciale, dont nous avons seulement pris charge en ce moment.

Pour l'éléphantiasis, la distinction n'est pas plus laborieuse s'il s'agit des membres; il est rare d'y rencontrer la généralisation et la symétrie qui appartiennent au myxœdème, et, au lieu de trouver la main et les pieds déformés ou amplifiés comme dane le myxœdème, où l'avant-bras, par exemple, représente le manche d'une bèche dont la

ligence et des sens, spécialement du toucher, du goût et de l'odorat, tandis que jusqu'à présent on a trouvé l'ouïe et la vue intactes. Les malades comprennent et répondent lentement et sont très paresseux à se mouvoir. Il s'y ajoute peu à peu de la lenteur de la digestion, de la constipation, une diminution des forces générales, physiques et psychiques, de la faculté de travailler et de penser. La maladie se termine, autant qu'on en peut juger, d'après les observations faites jusqu'à ce jour, constamment par la mort avec des complications du côté des organes internes, du cœur, des reins, parfois avec des accès de manie, ou dans un état de marasme général.

Comme base anatomique de l'infiltration des tissus et de la dégénérescence, Ord a constaté la présence d'une masse gélatineuse spéciale, qui ne s'écoule pas lorsqu'on fait une incision et qui présente tous les

---

main est la spatule, on les trouve normaux ou à peu près, faisant le contraste le plus étrange avec la masse constituée par les parties supérieures du membre.

A la face il peut exister des déformations éléphantiasiques *partielles*, mais jamais le masque myxœdémateux.

Dans les anasarques cachectiques les plus anciennes et les plus indurées, on retrouve toujours quelque part le godet produit par la pression du doigt, et si l'on détaille les déformations de la face, on peut toujours les déterminer, même sans le secours des troubles généraux propres à chacun des états morbides, de la dépression intellectuelle, etc.

La scrofulotuberculose, chez les sujets qui présentent des lymphodermites réitérées de la face, produit quelquefois une déformation permanente avec épaississement et renversement des lèvres, élargissement transversal de l'ouverture de la bouche, qui pourraient en imposer un moment.

Mais, si l'on examine un sujet de cet ordre à côté d'un myxœdémateux, on s'aperçoit aisément que l'élargissement qui, chez celui-ci, transforme en rond l'ovale normal du visage, a déterminé chez le scrofulotuberculeux une ampliation de la moitié inférieure du visage, donnant au tracé de la circonférence non un cercle, mais le contour d'une gourde.

Pour l'*hérédosyphilitique*, c'est surtout l'état cachectique général, l'aspect de vieillard, la pâleur et la bouffissure anémiques, qui pourraient, avec l'état d'infantilisme et de dégénérescence, donner un moment le change. Mais il s'agit sur ce point d'être averti, pour rechercher dans chacune des deux séries, hérédosyphilitique et myxœdémateuse, les caractères propres à chaque cachexie, et ne pas confondre les enfants atteints de *crétinisme sporadique* avec les hérédosyphilitiques.

Pour éliminer la lèpre, on se rappellera que la sensibilité cutanée, bien qu'un peu retardante, est en réalité intacte chez les athyroïdiques, et que, si l'hypergénèse lépreuse amplifie quelquefois le front, les lèvres, ou

caractères du tissu muqueux. Déposé là, ce produit en voie de prolifération est le point de départ de la tuméfaction et de l'épaississement de la peau,.il détermine ultérieurement par compression l'atrophie des cellules du parenchyme, du tissu conjonctif des glandes thyroïdes (Ord, Hard) et des autres glandes des vaisseaux ; et, outre l'obstacle mécanique, il occasionne aussi par atrophie, suite de compression des éléments nerveux, des troubles fonctionnels, la diminution de la sensibilité, de la sécrétion de la peau et de la nutrition.

Mais la même infiltration muqueuse atteint également les organes internes, le foie, les reins, les muscles, et c'est ainsi qu'on peut expliquer leurs troubles fonctionnels.

Ceci est encore plus particulièrement vrai pour le cerveau et la moelle, de telle sorte qu'on peut par là expliquer facilement la dépression prématurée de l'activité intellectuelle et des fonctions musculaires.

Harley, par contre, qui fait intervenir le sympathique dans l'étiologie du myxœdème, admet, en s'appuyant sur les résultats d'une autopsie, que le myxœdème n'est nullement une maladie spécifique, mais l'expression et la conséquence d'une dépression générale de la nutrition, avec dégénérescence fibroïde des poumons, consécutive à l'inflammation. Ralf insiste sur la pauvreté du sang et pense que l'hypertrophie du tissu conjonctif consiste en une augmentation de la substance fondamentale qui, par métamorphose régressive, devient collagène. West également a fait l'autopsie d'un cas pareil.

Mais les faits actuels, quoique très instructifs, ne permettent pas encore de décider si la modification pathologique affecte d'une

---

les membres et leurs extrémités, la maladie y conserve son anesthésie, ses tubercules, ses macules et ses stigmates, qui n'ont rien de commun avec la peau porcelainée du myxœdémateux.

De nombreuses confusions ont été faites entre le myxœdème et l'acromégalie — Voyez P. Marie sur deux cas d'*acromégalie* (Ἄκρον, extrémité), hypertrophie singulière, non congénitale des extrémités supérieures, inférieures, et céphaliques, *Rev. de méd.*, T. VI, 1886, p. 297 et suiv., et J.-D. Souza-Leite, De l'Acromégalie, *Thèse de Paris*, 1890. — Cependant, la maladie de Marie se distingue de tous les états crétinoïdes par sa limitation aux extrémités, par l'intégrité de l'intelligence, le développement du squelette et des tissus sous-cutanés, en même temps que par le masque arrondi — « en pleine lune », W. Gull — qui se différenciera aisément du contour ellipsoïde allongé des acromégaliques. Ces distinctions, sous la réserve de cas mixtes ou associés qui peuvent venir à l'observation, persisteraient alors même que l'acromégalie — Voy. Lannois, *loc. sup. cit.* — viendrait se ranger, à côté de la maladie de W. Gull, dans les *athyroïdies*.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

manière irrégulière, sans connexion étiologique intime, les différents organes et tissus, les centres de la peau et des nerfs, ou si, comme Charcot paraît disposé à l'admettre, le trouble des centres nerveux précède et si la maladie analogue de la peau et des autres organes ne doit être regardée que comme le résultat d'une altération de la nutrition et des fonctions, provoqué par le centre trophique.

HYPERTROPHIES CIRCONSCRITES DU TISSU CELLULAIRE

Les lésions provenant de l'hypertrophie circonscrite du tissu cellulaire de la peau se montrent sous forme de végétations, rouges, verruqueuses, formées d'un seul lobe ou de plusieurs (choux-fleurs); modérément proéminentes, ou faisant parfois une saillie de plusieurs centimètres, elles restent sèches en certains points, mais sécrètent en général un liquide ténu, visqueux et qui prend rapidement une odeur nauséabonde; elles sont peu douloureuses, occupent des régions limitées ou des surfaces étendues, et elles représentent, par leur aspect extérieur et par leur structure anatomique, des papilles considérablement hypertrophiées — *Papillomes*. Leur structure anatomique répond donc complètement au type généralement admis pour les verrues simples et composées (fig. 38), pour les végétations papillaires de l'ichthyose hystrix (fig. 39), et pour la dermatite papillaire du cuir chevelu (fig. 30). C'est une masse de tissu cellulaire simple ou ramifié d'une façon dentritique, dont le tronc et les branches sont traversés selon leur axe par un vaisseau capillaire dilaté, simple ou ramifié comme les lobules de la tumeur, et dont la surface est recouverte par un réseau épithélial proliférant. Lorsque cette production est le siège d'une végétation active, l'épiderme qui la recouvre devient sec et corné et s'élimine par fragments, ou bien il est soulevé et détaché par suite de la production de phlyctènes. Dans ce dernier cas, le réseau muqueux, mis à nu, présente des alternatives de suintement abondant et de formation de croûtes, et la néoplasie cellulaire est très considérable. Dans les formes stationnaires, au contraire, il se produit une couche cornée épaisse, comme dans l'ichthyose hystrix, et le tissu cellulaire qui constitue la charpente de la végétation se compose de fibres grossières laissant entre elles des mailles étroites; il est pauvre en cellules, parfois même fibreux.

En dehors des formes congénitales, que l'on considère comme des nævi papillomateux, ces lésions, identiques sous le rapport anatomique, présentent au point de vue clinique des variétés très dissemblables d'aspect. Telle est, par exemple, la lésion introduite dans la pathologie

par Sauvages en 1786, sous le nom de Frambœsia, endémique, à ce que l'on prétend, dans l'ouest de l'Afrique (« Pian ») et dans les Indes occidentales (« Yaws »). Cette maladie est caractérisée par le développement de végétations suintantes, rappelant l'aspect de mûres ou de framboises; quelques auteurs lui assignent une origine syphilitique; pour d'autres, au contraire, elle serait idiopathique. Alibert a substitué au nom de frambœsia celui de Mycosis (frambœsioïde et syphiloïde, — puis encore fungoïde) et plus tard celui de Pian; il rapportait cette affection à la syphilis. Mais l'observation ultérieure a démontré que l'on avait confondu, sous le nom de frambœsia, une foule de processus chroniques d'infiltration et d'ulcération de la peau, très divers entre eux, les uns syphilitiques, les autres d'une nature différente, mais en général associés à des productions papillaires, comme les noms de « Siwens » en Écosse, de « Radesyge » en Norvège, de « Falcadina » en Istrie, etc., pour désigner des affections soi-disant endémiques, que les médecins expérimentés n'ont pas tardé à reconnaître comme appartenant à la syphilis, à la scrofulose, au lupus et autres processus connus, et non pas comme des maladies étranges et bizarres. Comme ces appellations n'étaient en aucune façon motivées sous le rapport pathologique, elles ont bientôt disparu du cadre nosologique. A l'égard du frambœsia précisément, je puis citer un exemple frappant : c'est que Alibert a décrit et figuré comme prototype du « Pian ruboïdes », et par conséquent avec la signification que l'on a généralement admise d'après cet auteur de la relation entre le frambœsia et la syphilis, cette forme intéressante de la maladie de la nuque et de l'occiput, qui, d'après mes observations et mes recherches microscopiques (voir tome Ier, page 763), représente un processus inflammatoire chronique, idiopathique et non syphilitique, amenant la production de papillomes et produisant plus tard l'hypertrophie scirrheuse du tissu cellulaire.

Dans la plupart des cas en question, il s'agit de formations secondaires, d'un accroissement exubérant des papilles de la peau, ou (sur des plaies en suppuration) de granulations sur une portion de peau qui est le siège d'une infiltration chronique inflammatoire ou néoplasique, ou qui est en suppuration. A cette catégorie appartiennent les végétations qui prennent un développement exagéré dans le sycosis, l'eczéma et la syphilis ulcéreuse du cuir chevelu, au niveau des portions d'os cariées, au-dessus et à côté des ulcérations chroniques des membres, végétations que j'ai décrites sous le nom de dermatite diabétique et auxquelles j'ai donné le nom de papillome diabétique. Il en est de même des excroissances verruqueuses, mamelonnées, que l'on rencontre très fréquemment sur le lupus et sur les syphilides ulcéreuses, et qui

souvent même persistent après la guérison de ces maladies (1). Il me paraît donc convenable de désigner ces formes sous le nom du processus fondamental, en y ajoutant toutefois un adjectif qui signale la complication, comme : lupus papillaire ou frambœsioïde, syphilide végétante ou frambœsioïde. Maintes fois, après la disparition de l'affection primordiale, les excroissances papillaires persistent sous forme de tumeurs constituées par un tissu cellulaire compact, qui sont fréquemment envahies par une inflammation interstitielle et deviennent le siège d'abcès. Ces végétations peuvent alors, il est vrai, constituer dans certains cas une réelle difficulté pour le diagnostic, difficulté qui n'est nullement tranchée par l'addition d'un nom descriptif de maladie, tel que « papillome cutané inflammatoire » (Roser, Weil).

Dans ces circonstances, cependant, on peut en général déduire la source originelle de ces productions (carie, lupus, syphilis) de certaines circonstances accessoires, ou même on peut établir le diagnostic d'une manière non douteuse.

Toutefois de nombreux auteurs, Milroy, Imray, Bowerbank, Nicholls, T. Fox, Duhring, Hirsch, Pontoppidan sont d'avis, comme ce dernier auteur, et en s'appuyant sur des observations personnelles, d'admettre en partie l'existence d'une maladie endémique et contagieuse qu'on pourrait appeler Yaws (2), indigène dans beaucoup de régions tropicales et sous-tropicales d'Afrique, des Indes occidentales et orientales, et caractérisée par la production de papules et de tumeurs mûriformes, qui guérissent spontanément après une durée de plusieurs mois, de un à deux ans. Pontoppidan, se fondant sur des recherches histologiques, les a même considérées comme des proliférations développées sur une base inflammatoire.

Il en est de même de la maladie indigène au Pérou, qu'on a décrite sous le nom de verruga (3), qui ne se distingue que par une tendance aux hémorrhagies.

---

(1) Nous avons déposé dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les n°s 297 et 303, deux exemples typiques de papillomatose tuberculeuse et de papillomatose syphilitique — 297, année 1874, *Tuberculose papillomateuse chez un syphilitique mort de tuberculose pulmonaire;* 303, année 1874, *Papillome deutéropathique développé sur une syphilide tuberculo-gommeuse vulgaire* (ce moulage a été représenté par JULLIEN, dans son *Traité prat. des mal. vénér.*, Fig. 148). — Cf. ; P. A. MORROW, Case of tuberculosis papillomatosa cutis, with remarks on the relation of papilloma to syphilis, lupus, etc., *Journ. of. cut. and. ven. dis.*, 1888, pp. 361, 401, w. chromogr. E. B. — A. D.

(2-3) Provisoirement, le mot de YAWS, fraise, sert à désigner *génériquement* plusieurs variétés morphologiques, cliniques, ou régionales,

Je ne peux formuler aucun jugement personnel sur sur toutes ces variétés.

Nous aurons encore plus tard l'occasion de nous occuper plus à fond d'une forme morbide analogue, excroissance spongiforme développée

---

d'une maladie *extra-européenne*, propre aux *zones tropicales et péritropicales*, endémique en plusieurs points de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique du Sud, et de l'Océanie, dont voici, d'après Roux, *loc. sup. cit.*, p. 309, les dénominations principales : *Frambœsia; Pian*, *Pian ruboïde*; *Mycosis frambœsiodes*; *Beerschwamm; Gatlao; Verruga, Bubas* (Brésil); *Tonga* (Mélanésie); *Parangi* (Ceylan); *Coko* (Fidji); *Patch; Papilloma tropicum;* Bouton d'*Amboine; Verrues endémiques.*

Le Yaws n'est pas seulement, comme le bouton d'Orient — Voyez Tome Ier, p. 535, *Appendice des Traducteurs* — une affection locale, mais il constitue une *maladie* véritable, ayant une incubation, un prodrome fébrile, une période éruptive, une période d'état qui peut être de plusieurs années, et, en moyenne, de quelques mois à un an.

Débutant en général sur le pourtour des orifices naturels, et pouvant évoluer sur les muqueuses de rapport, l'éruption se compose d'abord de petites éminences papuleuses ou papulo-vésiculeuses à forme d'herpès, qui s'accroissent, coalescent si elles sont multiples, prennent en quelques semaines, ou en quelques mois, la forme de tubercules croûteux, secs ou suintants, quelquefois disposés en anneaux — *ringworm yaws* — simulant l'impétigo, le « rupia », les condylomes plats, etc., etc. Dans leur développement complet, qui peut atteindre le volume d'un œuf de pigeon, ou même former des plaques plus étendues — « *mother yaws* » — les tumeurs ressemblent plus ou moins à des mûres, des fraises ou des framboises ; ce sont des tubercules charnus, fougueux, soumis aux éventualités des irritations extérieures, persistant quelques semaines ou quelques mois, et se terminant par résolution ou par cicatrice, selon que la tumeur a été ou non ulcérée.

Le yaws est contagieux et inoculable; son agent producteur reste inconnu; la maladie n'a pas de malignité absolue; son issue spontanée est favorable chez les sujets placés dans de bonnes conditions; les cas funestes se rapportent surtout aux complications inflammatoires, à l'infection pyémique, à l'épuisement par des suppurations prolongées, etc. Non seulement les malades sont exposés aux rechutes, mais une première atteinte ne procure pas l'immunité.

La « *verruga peruana* », — verrue du Pérou, — que plusieurs auteurs séparent du yaws, tandis que d'autres assimilent complètement les deux affections, forme, pour le moins, une espèce, ou une variété *régionale* notablement plus funeste. Ses éléments éruptifs, accumulés sur les membres et aux extrémités, sont très vasculaires, angiomateux, et donnent lieu à des *hémorrhagies* répétées amenant une anémie profonde, et quelquefois la mort.

Dans son excellent traité des maladies de la peau, H. Radcliffe

sur une base inflammatoire (1) qui, depuis les premières communications de Bazin, Köbner, Wegscheider, L. Mayer, a été étudiée plus complètement dans les dernières années par Geber, Vidal, Kaposi, etc., et appartient à un processus dont l'évolution est toujours fatale.

Les formes de papillomes que nous avons mentionnées en premier lieu, au contraire, n'ont qu'une importance locale, correspondant à leur origine et à leur étendue. Lorsqu'elles ne guérissent pas en même temps que l'affection primaire (syphilis, lupus, etc...), et sous l'influence des médications réellement efficaces contre chacune d'elles, par exemple l'emplâtre hydrargyrique, le traitement général antisyphilique, on peut les faire disparaître en suivant les méthodes habituellement usitées pour le traitement des verrues (caustiques, raclage, extirpation).

Crocker — *Diseases of the skin*, London, 1888, p. 536, — évalue la mortalité de la verrue du Pérou à 6 à 10 p. 100 parmi les natifs, 12 à 16 pour les blancs, et 40 p. 100 dans les épidémies.

C'est après s'être inoculé le sang d'une verruga « à la période de dessiccation » que Daniel A. Garrion, étudiant en médecine, succomba à des accidents suraigus pendant la période prodromique.

On peut considérer comme certain que la maladie qui répond aux termes de *Yaws* et de *Verrue du Pérou* est absolument indépendante de la syphilis, de la lèpre, et du mycosis fongoïde, avec lesquels elle n'a aucun rapport nosologique, et seulement des analogies morphologiques partielles.

Elle est absolument distincte du bouton d'Orient, qui n'en a ni la période prodromique, ni l'état général, ni les caractères morphologiques, et dont l'évolution toute locale est suivie d'une cicatrice indélébile, qui manque souvent dans l'yaws.

Voyez pour complément et pour la bibliographie, les *Traités* de Roux, et de Radcliffe Crocker, *loc. sup. cit.;* les *Archives de médecine navale*.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) — Le *mycosis fongoïde* — voyez plus loin, quarante-cinquième leçon, texte et notes. E. B. — A. D.

SEPTIÈME CLASSE

ATROPHIES

MALADIES DE LA PEAU CONSTITUÉES PAR UNE DISPARITION DES TISSUS

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

Généralités sur l'atrophie. — Atrophie pigmentaire de l'épiderme, congénitale : albinisme ; acquise : vitiligo. — Absence du pigment des poils, congénitale. acquise : canitie prématurée, sénile.

L'atrophie, c'est-à-dire la disparition simple ou dégénérative des tissus cutanés, et, ce qui aboutit au même résultat, la production défectueuse ou même nulle de certains éléments de la peau, donnent naissance à des états pathologiques qui représentent tantôt l'opposé direct des hypertrophies, tantôt aussi des affections tout à fait spéciales. De même que l'hypertrophie, l'atrophie intéresse d'une façon exclusive, ou d'une manière prédominante, certains éléments de la peau, le pigment, les poils, les ongles ou la trame cellulaire du derme, en même temps que les vaisseaux et les glandes. C'est pourquoi nous diviserons les formes pathologiques qui appartiennent à cette catégorie en plusieurs groupes : atrophie du pigment, atrophie des poils, atrophie des ongles et atrophie cutanée proprement dite.

ATROPHIE DU PIGMENT (1)

Sous le nom d'atrophie du pigment, *achromie*, *leucopathie*, on désigne la diminution de la coloration plus ou moins foncée de la peau

(1) La défectuosité d'une classification qui sépare, en des chapitres distincts, les atrophies et les hypertrophies pigmentaires se montre, en entier ici, où l'on va rencontrer, classées arbitrairement dans les atrophies, des lésions qui sont *en même temps*, sur le même sujet, et dans un même type pathologique, atrophiques et hypertrophiques. Dans un classement logique, toutes les altérations de la fonction pigmentaire devraient être réunies en un même chapitre, dont la dénomination naturelle est DYSCHROMIES. E. B. — A. D.

normale, coloration dont les éléments résident, comme on le sait, dans la couche muqueuse et dans le système pileux. Par suite de cette diminution, ces parties prennent un aspect blanc ou gris, quelquefois simultanément, le plus souvent pourtant à titre isolé.

DÉFAUT DE PIGMENT DANS L'ÉPIDERME

L'absence de pigment dans l'épiderme donne à la peau un aspect brillant, ou blanc mat — *leucodermie*, *achromie*, — et on voit par transparence la couleur rosée du réseau vasculaire ; cet état est ou congénital, *albinisme*, ou acquis, *vitiligo* (1).

La *leucodermie congénitale* est étendue à la totalité du corps — *albinisme généralisé*, ou bien limitée à quelques points de la peau — *albinisme partiel.*

L'albinisme généralisé caractérise spécialement les individus que l'on désigne sous le nom d'*albinos* (*Kakerlaken, Dondos*). Chez eux, non seulement la peau, mais encore les cheveux, l'iris et la choroïde manquent de pigment; la peau est transparente, blanche ou rosée, généralement tendre et délicate; les poils sont d'un blanc jaunâtre ou blanc de lin, soyeux, tandis que l'iris et la pupille (par suite de la réflexion de la lumière) paraissent rouges; ces individus sont en même temps atteints de nystagmus et d'une photophobie (2) intense. On ne connaît pas la cause de cet arrêt de développement, qui persiste sans modification pendant toute la vie : nous savons bien que des sujets chez qui la pigmentation est normale peuvent engendrer des albinos; mais on ignore complètement si des parents albinos peuvent transmettre cette

---

(1) Le mot de *vitiligo* a perdu la signification que lui avaient donnée les anciens, particulièrement celle que lui affectait Celse — voy. plus loin note 1, p. 156 — et l'on ne saurait plus aujourd'hui en faire un synonyme de leucodermie, ou d'achromie cutanée.

En dermatologie moderne, le terme s'applique à une affection *mixte*, en même temps hyperchromique et achromique, et surtout dyschromique, à une véritable *ataxie pigmentaire*. Il importe à la clarté du langage, et à sa correction, de réserver à ce type dyschromique exclusivement la dénomination de *vitiligo*.

E. B. — A. D.

(2) Le terme d'héliophobes (Buzzi), appliqué aux albinos, est plus exact; les albinos, sont en outre, généralement nyctalopes, et exercent la vision à la manière des myopes, bien qu'ils ne le soient pas.

E. B. — A. D.

anomalie à leur progéniture (1). Dans les races noires (chez lesquelles, d'après Beigel, on rencontre parfois une diminution de moitié de la teinte foncée, semi-albinisme), l'albinisme s'observe plus fréquemment que dans les races blanches, qui du reste montrent d'une manière générale une plus grande disposition pour certaines modifications dans la pigmentation, comme par exemple pour l'albinisme partiel.

L'albinisme partiel représente un état analogue à celui que l'on appelle chez les animaux *état tacheté de la robe*, c'est-à-dire que dès la naissance il y a sur différentes parties du corps, particulièrement sur la

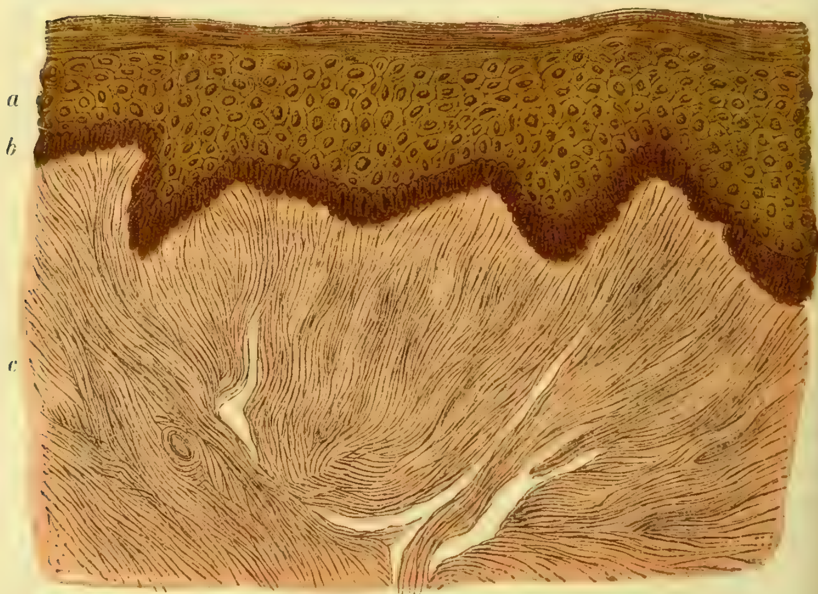


Fig. 40.
Coupe transversale de la peau d'un nègre.

b, granulations brunes de pigment des cellules les plus profondes du réseau; *a*, pigment diffus jaunâtre de la couche des cellules épineuses ; *c*, chorion (coloration au carmin).

peau de la tête, ou des parties génitales, des taches ou des bandes blanches, dépourvues de pigment, qui restent dans cet état pendant toute la vie. Les nègres qui offrent cet aspect bigarré sont désignés sous le nom de nègres mouchetés, nègres pies, *piedes negro*, *Elster-Neger*.

(1) L'union d'un albinos, ou d'une albinos, avec un individu de quelque couleur que ce soit, produit ordinairement un sujet normal, plus rarement un albinos, exceptionnellement un albinos partiel — pie — Esquirol, Jefferson, Treytorens, Arthaut, *in* Art. ALBINISME du *Dict. encycl. des sc. méd.*, par U. TRÉLAT. E. B. — A. D.

Assez souvent les poils qui se développent dans le périmètre de ces taches demeurent également blancs (poliose). Ordinairement distribuées d'une manière irrégulière, ces taches et ces bandes sont quelquefois aussi disposées d'une façon symétrique ou bien leur arrangement correspond à la division périphérique des nerfs, exactement comme certains nævi pigmentaires ou verruqueux. Souvent même, ces derniers accompagnent les taches, et l'on voit alors des bandes alternativement blanches et foncées courir les unes à côté des autres. D'une manière générale, l'atrophie et l'hypertrophie pigmentaire s'observent assez souvent simultanément, en quelque sorte comme complémentaires l'une de l'autre et la disparition du pigment a fréquemment son point de départ dans une hyperpigmentose, par exemple dans une tache pigmentaire congénitale. Si l'on considère que la peau du nègre présente originairement une quantité exagérée de pigment des cellules du réseau (voyez figure 40), leur disposition plus grande aux achromatoses mentionnées ci-dessus est analogue à l'apparition fréquente de ces achromatoses (vitiligo) sur des nævi pigmentaires et autour d'eux, même de la race caucasique (1).

L'albinisme partiel est, comme l'albinisme généralisé, habituellement stationnaire, cependant il se modifie dans certains cas par suite de la disparition du pigment; quelquefois il est héréditaire.

La leucodermie acquise (2) se développe soit idiopathiquement, soit d'une façon consécutive et symptomatique.

La forme idiopathique, *vitiligo*, vitiligo achromateux (3), se présente, il est vrai, plus fréquemment chez les nègres, mais cependant il est assez fréquent de l'observer dans la race caucasique. Sans cause connue, sans le moindre trouble local appréciable du côté de la sensibilité ou de la nutrition, on voit apparaître, sur un ou plusieurs points du corps, des disques pâles (dépourvus de pigment), grands comme un centime ou une pièce de 50 centimes, tandis que la peau immédiatement adjacente se colore en brun foncé. Il semble que la matière colorante ait été portée ou entraînée du centre vers la périphérie. Les poils eux-mêmes se décolorent habituellement dans toute l'étendue occupée par ces

---

(1) L'achromatose qui survient chez un nègre ne constitue un vitiligo que s'il existe, en même temps, de l'hyperchromie périphérique; il en est de même pour l'achromie partielle des nævi pigmentaires.

E. B. — A. D.

(2-3) La leucodermie simple, vraie, c'est-à-dire l'*achromie cutanée* peut s'observer à l'état absolument *isolé;* elle ne doit pas être confondue avec les dyschromies *mixtes*, achromohyperchromiques, qui constituent exclusivement le *vitiligo*.

C'est à l'achromatose cutanée, à la *leucodermie*, que doit être rapportée

taches blanches. Pendant des mois et des années, la décoloration va toujours en progressant et de la même manière, c'est-à-dire que les portions blanches deviennent de grands disques ronds ou ovales, délimités par des bords convexes, tandis que la peau du voisinage qui a une teinte foncée les entoure par des bords concaves (1).

Avec le temps il se produit pour l'œil un effet de contraste tout à fait

---

la Piès des Sartes, maladie endémique au Turkestan, décrite et admirablement représentée par le professeur Grégoire Münch dans son magnifique ouvrage — *La Lèpre au sud de la Russie, et le vitiligo endémique du Turkestan*, Kiew, 1884, 1887 — et qu'il désigne sous le nom de vitiligo endémique. Nous préférerions le terme de *Leucodermie endémique du Turkestan.*

D'après les nombreuses photographies de l'ouvrage, il semble manifeste qu'il s'agit d'un *pseudo-vitiligo*, l'aspect tacheté étant fourni par la *persistance* d'îlots à coloration normale, laquelle, ethnographiquement hyperchromique, tranche nettement sur l'achromatose générale du tégument.

Voici, textuellement transcrit, le sommaire de la description de la maladie, donné en français par le professeur G. Münch :

Cette maladie, n'ayant aucun rapport avec la lèpre, est cependant envisagée comme contagieuse par les Sartes; et les malades sont isolés comme les lépreux.

La maladie commence, sans symptômes prodromaux (à l'exception d'une coloration foncée et d'une démangeaison locales, et cela, seulement dans quelques cas), par des taches blanches, sans autres changements de la peau, lesquelles augmentent en quantité et en volume, et peuvent envahir tout le corps.

La maladie peut avoir une marche courte ou lente : la décoloration complète (la face exceptée) peut être terminée en trois ou quatre ans, ou rester en forme de taches disséminées, cà et là, pour toute la vie.

La décoloration a certaines lois; symétrie parfaitement marquée. Les taches symétriques ne se montrent pas cependant simultanément, mais comme des affections sympathiques après un espace de temps plus ou moins long (un ou deux ans par exemple).

Il existe des endroits du corps privilégiés, comme siège de décoloration (le dos, la région sus et sous-claviculaire, etc.), et d'autres où la teinte normale ne disparaît pas ou disparaît en dernier lieu (la face).

La maladie n'est pas contagieuse. L'hérédité a été constatée dans plusieurs cas.

Nous n'admettons pas plus de vitiligo *achromateux* que de vitiligo *hyperchromateux;* il y a des achromies, des hyperchromies, et des états mixtes achromo-hyperchromiques. C'est à ces derniers qu'appartient le terme de vitiligo qu'on ne pourrait employer, comme le fait l'auteur, que si cette dénomination était admise comme terme générique, synonyme de dyschromie, ce qui ne doit pas être, et ce qui n'est pas.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le vitiligo — de *vitulus*, veau, peau tachetée comme celle du veau — n'est pas, à proprement parler, une *achromie*. Dans une classi-

inverse: au début, les petits disques blancs sont très visibles par rapport à la peau qui a sa couleur normale et foncée; le visage, par exemple, est moucheté, et les doigts présentent des anneaux alternativement

---

fication exacte, sa place n'est ni dans les achromies, ni dans les hyperchromies, mais dans une classe mixte — les *dyschromies complexes* — dans lesquelles il y a inégale répartition du pigment, *ataxie pigmentaire*, le pigment faisant défaut en certains points et excès en d'autres, sur le même individu. Il se peut que, dans quelques cas frustes, les caractères soient ambigus, et que l'inégalité des sensations optiques chez les divers observateurs fasse naître, éventuellement, quelque divergence d'interprétation. Mais cela ne change rien au fait capital de l'existence d'une dyschromie fortement individualisée, dans laquelle on trouve des surfaces de la peau achromiques, entourées de zones hyperpigmentées; c'est cette dyschromie qui donne au tégument l'aspect de la robe tachetée du veau, et à laquelle, avec BAZIN, nous réservons la dénomination de vitiligo.

Il suffit de lire quelques auteurs anciens, et les modernes jusqu'aux plus récents, pour voir qu'il est nécessaire de sortir de la confusion dans laquelle la plupart sont restés.

L'imagination des commentateurs a vu dans le « *vitiligo* » de CELSE, et dans ses trois espèces — Ἀλφός, Μέλας, Λεύκη — un grand nombre de choses; mais il n'y avait probablement rien de notre vitiligo : l'*alphos* est rude « subasper »; le *melas* n'en diffère *que* par la couleur « *umbræ similis* »; la *leuce* « *habet quidquam simile alpho, sed magis albida est, et altius descendit, in eàque albi pili sunt, et lanugine similes* ». Cette dernière espèce comprend, évidemment, l'achromie et l'atrophie pilaire dans ses éléments, et c'est surtout à l'alopécie en aires, à la pelade, qu'elle s'applique le moins inexactement.

Au commencement de ce siècle, WILLAN, reconnaissant que l'*alphos* et le *melas* de CELSE n'avaient rien de *vitiligineux*, donna le nom de *vitiligo* à une affection qu'il classe dans les « *tubercules* » et qui semble devoir être rapportée à ce que l'on a appelé depuis *xanthelasmoïdea*, et actuellement urticaire pigmentaire. WILLAN a donné un dessin de son vitiligo — Pl. LX; et TILBURY FOX — Atlas cité, p. 104 — ne doute pas que la maladie représentée par Willan ne soit le *xanthelasmoidea* (urticaire pigmentaire); mais la planche n'est accompagnée que de ce qui suit : « *I have seen little of this rare disease, and I am unaequainted with the whole progress of the case from which this drawing was accurately made by* Mr. H. THOMSON », *cit.* T. FOX.

On pourrait en rester sur cette impression concordante, n'étaient les commentaires de BATEMAN qui altèrent un peu le type, particulièrement dans la description de la maladie sur le cuir chevelu. On en est réduit à supposer que c'est à cause de l'état bigarré de la peau dans le xanthélamoïdea — peau de léopard — que VILLAN a pris le type de la comparaison avec l'aspect de la robe du veau.

Quant au terme de *vitiligoïdea* sous lequel ADDISON et GULL décrivirent d'abord la maladie appelée par RAYER « plaques jaunes des paupières » et ensuite par WILSON, *xanthelasma*, c'était en raison de ses

blancs et bruns. Plus tard, quand les surfaces de décoloration ont atteint une très grande extension, ce sont les taches intermédiaires, colorées par un pigment foncé, qui frappent le plus le regard, de sorte que les personnes inexpérimentées sont portées à considérer les places blanches comme ayant une coloration normale, et à prendre au contraire pour les parties malades celles qui offrent une coloration foncée. L'affection peut, après de très longues années, s'étendre sur la presque totalité du corps; en effet, chez un homme de cinquante-six ans, observé par moi, sauf quelques bandes étroites de pigment foncé situées sur les parties les plus périphériques du corps, tout le reste de la peau était décoloré (1).

La peau atteinte de leucopathie n'est d'ailleurs nullement altérée, et seulement parfois (par la pilocarpine) moins disposée à la transpiration (2), ses fonctions et sa sensibilité sont normales.

Avec des symptômes ainsi tranchés, le diagnostic du vitiligo est facile à établir. Si, dans des contrées où règne la lèpre, on a parfois confondu celle-ci avec le vitiligo, cela tient d'une part à ce que dans la lèpre la peau présente également des altérations de couleur, blanches et foncées, et d'autre part à l'ancienne erreur qui a fait pendant longtemps considérer, comme appartenant à la lèpre, le « Zaraath » de la Bible dans

---

analogies plus ou moins éloignées avec le vitiligo de Willan, *et non* avec le vitiligo de Celse, qu'il avait été composé par les auteurs anglais.

Le dernier écho de la *leuce* se retrouve dans Biett et Cazenave, qui décrivent le vitiligo parmi les achromies, et dans Cazenave qui, lorsque la lésion existe au cuir chevelu, l'identifie avec le porrigo décalvant de Bateman, l'alopécie en aires de Jonston, la pelade actuelle — Voy. plus loin les notes de l'*alopécie en aires*, et Cf. le très bon article Vitiligo, de Feulard, dans le *Dict. encyclop. des Sc. méd.*

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il n'y a pas toujours balancement exact entre l'achromie et l'hyperchromie, et l'un ou l'autre peut prédominer.

On peut voir, en outre, des transmutations se faire, et le vitiligo se déplacer — *vitiligo ambulant;* — enfin une période d'état indéfiniment prolongée, avec des alternatives d'intensité du pigment, ou de la dépigmentation, mais sans modification de limites.

Chez quelques sujets, enfin, chaque année, chez les uns pendant l'été, chez d'autres pendant l'hiver, les lésions s'atténuent, au point que les malades les croient disparues. E. B. — A. D.

(2) Tout au moins ses altérations sensibles sont peu accentuées : état lisse, quelquefois alopécie, anémie, anidrose expérimentale; mais la sensibilité au contact et à la douleur sont à peu près normales; c'est là le fait capital à relever et à retenir. E. B. — A. D.

lequel « certaines portions de la peau deviennent blanches, ainsi que les poils qui s'y trouvent » (1).

Le vitiligo ne comporte pas, il est vrai, un pronostic favorable, puisque c'est une affection incurable (2) et que l'on ne peut pas limiter; mais aussi, d'un autre côté, sauf qu'il dépare les individus qui en sont atteints, il n'exerce pas la plus légère influence sur l'état général ni sur les autres fonctions de la peau.

---

(1) La confusion entre le vitiligo et la lèpre est peu à redouter aujourd'hui, à titre général. Toutefois, dans les pays lépreux, toutes les affections *dyschromiques* sans exception, achromies, hyperchromies, achromo-hyperchromies, sont suspectes, régulièrement suspectées par le vulgaire, et quelquefois très embarrassantes, même pour le médecin compétent et avisé.

Il y a peu de confusion possible avec les *dermatoscléroses en plaques* malgré leur anneau pigmenté, et *avec les morphées*, en raison de la zone lilas périphérique, de la dureté et de l'épaisseur de la plaque blanche sclérosée.

Il n'y en a pas avec le *pityriasis versicolore*, alors même que, disposé en nappes étendues, il peut, un moment, donner l'impression d'une dyschromie. Le signe de la desquamativité au *coup d'ongle* rectifiera promptement le point, et permettra de faire le diagnostic complet avec un peu d'attention, même chez un sujet ayant, à la fois, un vitiligo et un pityriasis versicolore, ainsi que nous l'avons observé sur un syphilitique atteint de tuberculose pulmonaire.

Le vitiligo peut être difficile à séparer de quelques *mélanodermies* proprement dites, diffuses, laissant des îlots de réserve pour lesquels il est souvent malaisé de décider si ils sont normaux, achromiques, ou hyperchromiques.

Lorsque ces mélanodermies sont bien caractérisées comme celles des addisonniens, des cachectiques, des phthiriasiques, des vagabonds, etc., la différenciation est facile, mais quand il s'agit de maladies qui tiennent sous leur dépendance l'hyperpigmentation partielle, comme la sclérodermie progressive généralisée par exemple, il peut se produire des formes mixtes achromo-hyperchromiques qui constituent un véritable vitiligo, secondaire accessoire, mais un vitiligo.

Ces derniers points réclament de nouvelles observations et une discussion plus approfondie.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Le vitiligo n'est pas constamment incurable; nous avons parlé du *vitiligo ambulant*, du *vitiligo intermittent*. Quelques formes *évoluent*, et, chez les jeunes sujets surtout, peuvent, au bout de quelques années, se terminer par la guérison.

D'autre part, tout en admettant ce qui a été relevé dans les rapports du vitiligo avec les lésions des centres nerveux, on rencontre des sujets atteints de vitiligo *immobilisé* depuis un grand nombre d'années, et qui n'ont aucune maladie du système nerveux.

E. B. — A. D.

Dans le vitiligo, l'altération anatomique consiste uniquement en l'absence de granulations pigmentaires dans les cellules profondes du réseau muqueux, au niveau des taches décolorées, tandis qu'au contraire dans les parties de la peau qui présentent une coloration foncée complémentaire, le réseau muqueux contient une quantité de pigment plus abondante qu'à l'état normal. Les rares cellules migratrices qui amènent les granulations pigmentaires disséminées dans le chorion (figure 32) ne contribuent directement que peu ou point à la coloration de la peau. Leloir et Chabrier ont constaté l'atrophie des fibres nerveuses sous-dermiques correspondant aux points dépourvus de pigment (1).

Comme cause du vitiligo, on a dans certains cas invoqué un trouble général de l'innervation, par exemple, à la suite de maladies qui ont épuisé la constitution. Très généralement cependant, les personnes qui en sont atteintes sont des sujets sains, d'un âge moyen, et précisément dans la plupart des cas de vitiligo progressif, il n'y a aucune cause plausible à mettre en avant. Souvent, il est vrai, la cause déterminante peut être fournie par des conditions locales. Telles sont, je crois, toutes les circonstances qui peuvent apporter un trouble dans la distribution normale du pigment, ou provoquer une production trop active. Dans ces conditions, le pigment disparaît ou immédiatement, ou par la voie détournée de l'hypertrophie pigmentaire. Ainsi l'on sait que le vitiligo prend souvent naissance dans des taches pigmentaires, et qu'il se forme des décolorations persistantes et fixes ou qui progressent plus tard, sous l'influence de la pression produite par des bandages, ou dont le point de départ est dans des cicatrices de brûlures ou d'ulcérations. Dans ces derniers cas, le pigment est entraîné dans le torrent de résorption qui est particulier au processus de régression des cicatrices, et qui emporte également d'autres éléments de tissu (cellules d'infiltrat, corpuscules de tissu cellulaire. On peut déduire des recherches de Riehl sur la leucodermie syphilitique (voy. tome II, p. 27 et fig. 32), que les cellules migratrices en recevant le pigment jouent le rôle d'un

(1) Malgré les démonstrations réitérées de Leloir et de ses élèves, — V.-J. Chabrier, étude sur le vitiligo, *Thèse de Paris*, 1880 ; O. Lebrun, Du vitiligo d'origine nerveuse, *Thèse de Lille*, 1886, de Leloir et Déjerine, Pitres et Vaillard, du professeur Schwimmer, etc., — qui établissent l'existence de *névrites parenchymateuses* dans la peau vitiligineuse, il serait prématuré de considérer comme complètement établie la *théorie anatomique* du vitiligo. La valeur absolue des névrites périphériques, leur rang hiérarchique dans le processus dyschromique, l'état du système vasculaire des éléments nerveux, le rôle des lésions centrales, etc. restent à établir. E. B. — A. D.

intermédiaire pour son transport, ou que peut-être ces cellules n'indiquent que la voie de retour des liquides qui détermine la résorption. Dans cette achromatose acquise, décrite antérieurement, la résorption du pigment provient également d'infiltrats cellulaires très fortement pigmentés. Ici aussi il s'agit d'une disparition du pigment du réseau cutané, comprise dans le courant de résorption des dépôts pathologiques du tissu.

Ainsi que je l'indiquerai plus tard, Ehrmann comprend d'une manière un peu différente de celle de Riehl, le processus interne du transport du pigment, dans les mêmes conditions anatomiques.

C'est à la catégorie de causes analogues que se rattachent les formes de vitiligo concomitantes et consécutives qui se composent de l'assemblage bigarré de taches décolorées et pigmentées, dans la xérodermie, la sclérodermie, la lèpre, ainsi que les décolorations qui persistent ordinairement après la résorption des infiltrats inflammatoires et néoplasiques et de leurs débris pigmentaires, à la suite de la variole, du lupus, des papules syphilitiques, et des vergetures de grossesse, etc... Mais ce qui est toujours problématique, c'est de savoir pourquoi dans ces cas l'atrophie pigmentaire non limitée continue parfois à progresser, ou pourquoi, comme dans le vitiligo idiopathique, elle atteint d'autres parties de la peau. Toutefois, on comprend très bien que, sur les points qui ont été le siège des affections que nous avons énumérées plus haut, il se fasse une décoloration fixe et persistante d'une étendue égale à celle de la lésion locale, puisqu'avec l'atrophie des papilles et du réseau les tissus qui produisent et protègent le pigment sont également détruits (1).

(1) Les conditions étiologiques du vitiligo sont véritablement inconnues. D'après les statistiques de D. M. Lévi — *Rech. s. le vitiligo*, etc. Paris, 1865, et de Chabrier, *loc. sup. cit.* — les hommes seraient beaucoup plus souvent atteints que les femmes. Notre observation personnelle ne concorde pas avec les chiffres de ces auteurs ; nous avons observé plus de cas chez les jeunes filles et chez les femmes que chez les hommes ; et ce que l'on a dit de l'âge n'est pas plus certain.

Toutes les diathèses, les maladies virulentes, notamment la syphilis et la tuberculose, ont été considérées comme pouvant avoir le vitiligo parmi leurs dépendances ; pour la syphilis, le rapport semble quelquefois bien probable, et on pourrait l'étendre encore à plusieurs lésions viscérales, hépatiques, rénales, etc. Les mêmes réserves doivent être établies à l'égard des dyschromies secondaires aux maladies classées ; tabes, etc., — névrites traumatiques, etc. — Il est bon de constater ces coïncidences, mais il y a lieu d'attendre un peu plus de clarté avant de conclure.

Si on laisse de côté les dyschromies mixtes — achromiques et hyper-

Le traitement direct des leucopathies, de quelque genre qu'il ait été, n'a jamais jusqu'ici donné de résultat satisfaisant. Nous pouvons bien, au moyen d'une certaine irritation de la peau, par les cantharides, par exemple, déterminer une pigmentation plus forte sur les taches vitiligineuses, mais cette pigmentation ne répond pas du tout à la teinte normale de la peau, et puis elle ne tarde pas à se perdre de nouveau dans le vitiligo. Par contre, nous sommes à même de supprimer l'aspect moucheté de la peau, le contraste des taches claires et foncées, en traitant les places pigmentées, c'est-à-dire les places réellement saines, dont on obtient la décoloration à l'aide des moyens que nous avons cités plus haut (tome II, page 161) comme étant propres à donner ce résultat. Ce traitement peut être utile dans les premières périodes du vitiligo de la face et des mains, et dans l'achromie partielle.

Les médicaments internes, l'arsenic, le fer, n'exercent pas la moindre influence sur le vitiligo (1).

ATROPHIE DU PIGMENT DU POIL

Les termes de canitie ou de poliose (2) s'appliquent à la décoloration des poils, qui prennent un aspect blanc gris allant parfois jusqu'au

---

chromiques réunies — qui sont secondaires à des états pathologiques classés tels que la sclérodermie, on est obligé de reconnaître que le vitiligo commun, typique, peut être trouvé sur des sujets de tout âge chez lesquels on chercherait, en vain, une altération appréciable de la santé générale, une tare bien définie.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) En attendant qu'il soit possible de le rendre rationnel, le traitement du vitiligo doit être poursuivi empiriquement, ou par analogie.

Chez chaque sujet en particulier, il y a d'abord à recueillir toutes les indications personnelles, et à rétablir l'état des organes et des fonctions si quelque chose y est à réprimer, ou à rectifier.

Cela fait, nous croyons avoir obtenu, *surtout chez les sujets jeunes*, et dans les cas de vitiligo idiopathique simple, des guérisons ou des améliorations bien voisines, à l'aide de l'emploi interne prolongé du *bromure de potassium* et, à l'extérieur, des bains salins et bromo-iodurés, associé ou non aux injections de pilocarpine.

Il est, en outre, parfaitement logique d'appliquer aux régions hyperpigmentées le traitement des hyperchromies en général, et sur les plaques achromiques, les excitants que l'on emploie d'ordinaire dans la pelade. Nous avons particulièrement signalé l'action chromatogène des applications d'acide acétique.

Enfin, la faradisation, les courants continus, les bains électriques méritent d'être mis en usage avec le soin et la persévérance nécessaires.

E. B. — A. D.

(2) La *canitie* — décoloration idiopathique, des cheveux, et des poils

blanc d'argent. Cette atrophie peut être congénitale, générale ou partielle, correspondant à l'albinisme; on trouve pourtant aussi, dès la naissance, des cas de poliose partielle, une mèche de cheveux gris ou blanc clair au milieu d'une chevelure plus ou moins foncée, sans que la portion de peau que recouvre cette mèche soit en même temps décolorée.

La canitie prématurée acquise survient d'une manière anormale, s'étendant à la totalité du cuir chevelu ou de la barbe, ou bien sous forme de poliose partielle par suite d'une disposition individuelle ou, dans certains cas, héréditaire, ou encore après de violentes souffrances physiques et morales; parfois aussi, mais rarement, les cheveux qui repoussent après être tombés à la suite d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle, etc., après l'alopécie en aires présentent cette atrophie pigmentaire. La canitie prématurée disparaît dans quelques cas rares, par le fait de la reproduction de cheveux pourvus de pigment. Mais le plus souvent elle est persistante, absolument comme la canitie sénile physiologique, dans laquelle ordinairement les cheveux gris apparaissent tout d'abord au niveau des tempes, puis plus tard sur d'autres parties du cuir chevelu et de la barbe, jusqu'à ce que progressivement, c'est-à-dire dans l'espace de plusieurs années, les poils de ces régions, ainsi que ceux du corps entier, finissent par être tous blancs.

La base anatomique de toutes les formes de canitie que nous avons énumérées est la même. La pigmentation normale des poils (figure 41) dépend, comme on le sait, du dépôt entre les cellules de l'écorce de granulations pigmentaires variant du brun jaune au brun foncé ; et la nuance de leur coloration, noire, brune, blonde, rouge, tient à la quantité (densité) et à la distribution de ce pigment. La matrice pigmentaire du poil est la papille même (voy. fig. 42 P.), absolument comme ce sont les papilles de la peau qui fournissent le pigment de l'épiderme, et la constance de la coloration de chaque poil isolément dépend de la reproduction constante du pigment nouveau par sa propre papille. C'est ainsi que les cellules jeunes du bulbe pileux reçoivent immédiatement leur contenu pigmentaire qu'elles entraînent avec elles, et qui, incessamment poussé d'arrière en avant dans le développement du poil à l'extérieur, s'adjoint à la substance corticale de celui-ci et se transforme en tissu corné. Dans les formes congénitales de poliose, les papilles pilaires (et, dans l'albinisme, les papilles de la peau elles-mêmes) sont dès la naissance dépourvues de cette fonction productrice du pig-

---

du visage — peut être *partielle*, *généralisée*, *native*, *acquise*, *prématurée*, *rapide*, *lente*, *sénile*.

Le terme de *poliose* — décoloration du système pileux en général — est tombé en désuétude. E. B. — A. D.

ment; dans la canitie ultérieure ou acquise, les papilles pilaires perdent brusquement (dans le vitiligo) ou progressivement cette propriété, soit à la suite d'une dépression générale de la nutrition ou de l'innervation (après une maladie, un chagrin, un travail excessif), ou bien à la suite d'une destruction locale des papilles (cicatrices), ou enfin par le fait de l'atrophie sénile des tissus.

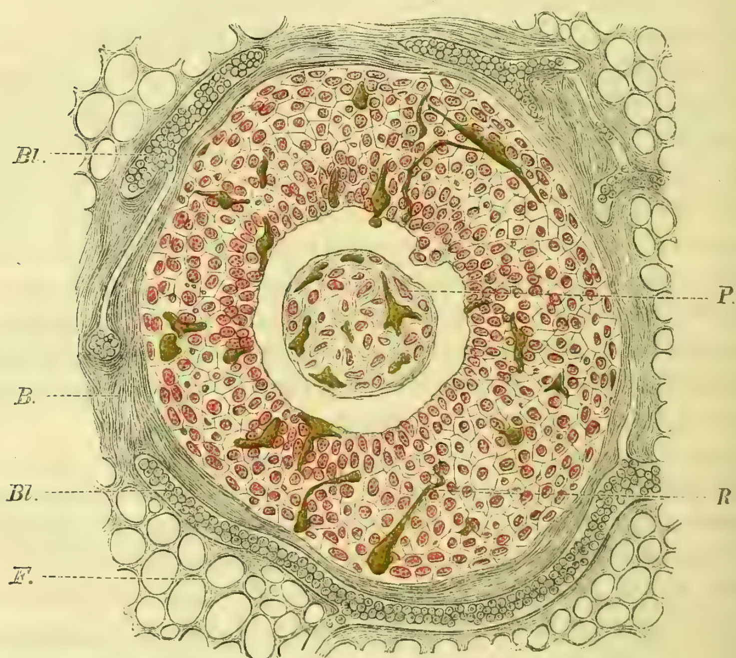


Fig. 41.

Coupe transversale de la racine d'un poil près de l'extrémité de la papille.

P papille, B follicule pileux, R portion de la racine du poil, F petit lobule graisseux, Bl vaisseaux sanguins entourant le follicule pileux. Dans le stroma riche en cellules des papilles ainsi qu'entre les cellules de la matrice (ou de la racine) du poil, nombreuses cellules migratrices pigmentées brun foncé, dont l'origine est due aux vaisseaux des papilles. D'après Riehl.

Ehrmann en s'appuyant sur ses études d'anatomie comparée, notamment de la peau de la grenouille (tome II, page 14) est arrivé à cette opinion que ce ne sont pas les cellules pigmentées des papilles et du chorion qui immigrent comme telles dans les séries de cellules du réseau et y déposent leur pigment. Au contraire, on trouverait, dans le réseau ainsi qu'entre les couches épidermiques du bulbe du poil, des cellules analogues qui reçoivent, par la voie du courant protoplasmatique et non du courant des liquides, le pigment par les cellules analogues des papilles; de plus les cellules multipolaires pigmentées qui existent

dans le réseau et dans le bulbe du poil ne seraient pas des productions immigrées, mais des éléments autochtones.

Trouvant également dans la papille de ces poils des cellules contenant du pigment, dont le bulbe pileux en paraissait déjà privé (poil gris), le même auteur pense que le grisonnement ne tient pas à la cessation de la formation du pigment provenant des papilles, mais à ce

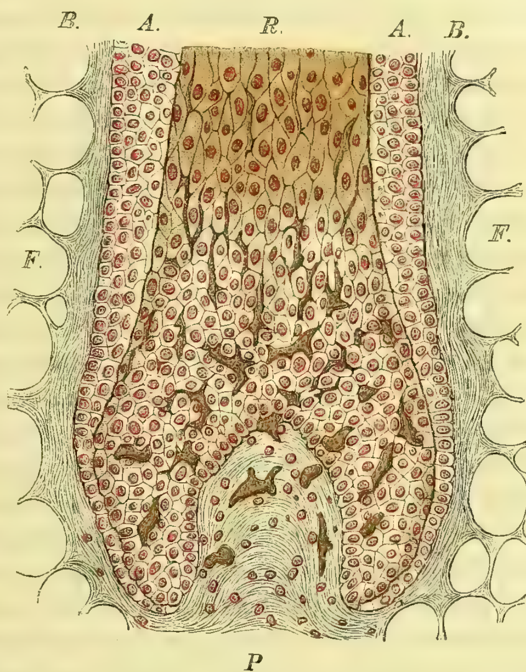


Fig. 42.

Coupe perpendiculaire de la racine et de la papille du poil.

P papille, B follicule pileux, R portion de la racine du poil, F petit lobule graisseux, Bl vaisseaux sanguins entourant le follicule pileux. Cellules de pigment en grand nombre et protoplasma jeune dans la papille et entre les cellules de la matrice du poil, plus rares et pauvres en protoplasma à mesure qu'elles ont émigré dans les couches des cellules kératinisées de l'écorce de la tige du poil. D'après Riehl.

que ce pigment cesse de pénétrer dans les grosses cellules protoplasmatiques du bulbe pileux. Celles-ci, en effet, feraient ici défaut. Ehrmann admet la même théorie pour la disparition du pigment dans le vitiligo. Mais la démonstration anatomique manque encore à cette conception.

Quel que soit de ces deux modes d'interprétation le plus juste, il est certain que le grisonnement des poils ne résulte pas de la décoloration ou du blanchissement de la tige déjà complètement développée et pigmentée, mais de ce que les cheveux ou poils qui poussent à partir d'un certain moment sont d'abord pauvres en pigment, puis progressi-

vement arrivent à être tout à fait dépourvus de granulations pigmentaires, et alors deviennent gris. Wertheim a étudié tout particulièrement à cette question. Dans la canitie sénile, on trouve toujours des cheveux qui sont encore foncés à leur extrémité libre, tandis que, dans la partie qui correspond à la base, ils présentent déjà une diminution plus ou moins grande de pigment.

Mais il y a plus, avant la canitie complète, certains follicules produisent des cheveux qui ont des anneaux alternativement bruns et blancs, ce qui prouve bien que ces papilles, avant l'arrêt complet de leur production pigmentaire, étaient encore capables de fournir par séries, à ces cheveux, des granulations colorées. Or, comme les cheveux pris isolément ne blanchissent que dans les parties les plus récemment produites, et par conséquent ne peuvent devenir blancs qu'en proportion du temps qu'ils mettent à pousser, c'est-à-dire dans un délai de plusieurs semaines, tous les récits qui ont été considérés comme dignes de foi dans ces derniers temps par des hommes de science (Landois, Brown-Séquard, Raymond, Michelson), de personnes chez qui les cheveux auraient blanchi « subitement », « en une seule nuit » (naufragés ou condamnés à mort, par exemple), tous ces récits, dis-je, ne reposent que sur une observation erronée. Il est en effet inadmissible, au point de vue physiologique, que des granulations pigmentaires qui se trouvent dans les poils complètement développés et ayant une certaine longueur disparaissent subitement. D'un autre côté, il n'est pas plus admissible de dire qu'il se développe des gaz dans des poils entièrement organisés, sous l'influence de la peur, d'une menace de mort, etc..., que de prétendre que ces bulles de gaz ou d'air masquent le pigment ; en effet, on sait que souvent des cheveux qui ont leur coloration normale contiennent de l'air.

Toutefois Waldeyer, dans son dernier ouvrage sur les poils chez les hommes et les animaux, émet l'opinion que, une certaine proportion de l'air contenu dans le poil peut faire paraître celui-ci gris, même quand il existe encore du pigment de l'écorce, par suite d'une réflexion complète de la lumière. Ceci ne me semble nullement confirmé par l'expérience. S'il en était ainsi, le poil devrait pouvoir être immédiatement coloré d'une manière normale par l'expulsion de l'air ; ce qui n'est pas. Lesser qui a observé également un cas de cheveux moniliformes, et trouva sur ceux-ci les points renflés plus clairs que les parties grêles intermédiaires, attribue la coloration plus claire à la présence de l'air dans la substance corticale. Reinhard qui observa chez un aliéné, correspondant au changement périodique d'excitation et de calme psychique, une modification dans la coloration des cheveux, allant du blond ardent (phase d'excitation) au blond jaunâtre (phase de calme),

rapporte également cette modification de coloration au changement dans la proportion d'air qui se produisait sous l'influence d'altérations psychiques-nerveuses.

Chez un épileptique, Räuber a constaté une modification périodique des cheveux ; unis, brillants et blond foncé, à l'état normal, ils paraissaient pendant plusieurs jours après la crise comme crépus (hérissés et feutrés), sans éclat et blond ardent ; en divers points, quelques cheveux offraient des nodosités, étaient friables, comme dans la trichorrexie noueuse. Räuber explique, par l'hypothèse d'un spasme des muscles érecteurs des poils, le redressement, la frisure et l'enchevêtrement des cheveux, et par la contraction des vaisseaux papillaires, l'altération de leur nutrition et de leur coloration.

Je ne doute pas le moins du monde que des altérations physiques et psychiques, spécialement de nature dépressive, puissent en un court laps de temps occasionner un changement considérable dans la nature des cheveux et des poils de la barbe et déterminer également le grisonnement : mais je n'admets pas que un tel phénomène puisse se produire instantanément sur des cheveux dont la formation est complète.

Le traitement de la canitie ne peut pas avoir pour but de rendre aux bulbes pileux la faculté de produire à nouveau du pigment (1), il ne peut que chercher à masquer la diminution de la matière colorante en donnant aux poils une coloration artificielle. Bien que depuis longtemps le commerce se soit emparé de la solution de ce problème, qui est devenue une véritable profession, il est cependant utile pour le médecin de connaître les moyens cosmétiques que l'on emploie pour colorer les cheveux. Le plus usité est le nitrate d'argent, dont la solution, suivant son degré de concentration, donne aux cheveux une nuance différente allant du brun au noir, par le fait de la réduction de l'oxyde d'argent sous l'influence de la lumière. Avant de l'appliquer, on savonne les cheveux avec soin pour enlever la graisse. Il est bien difficile que la solution de nitrate d'argent ne touche pas la peau sous-jacente, mais on

---

(1) C'est là cependant ce qui serait à rechercher, dans quelques cas de canitie accidentelle très prématurée, et ce qui n'est pas, théoriquement au moins, inadmissible ; toutes les canities ne sont pas progressives, ni absolument définitives.

Quelques excitants, tels que l'*acide acétique*, favorisent certainement le processus de pigmentation des poils. Chez un grand nombre des malades auxquels nous avons appliqué cet acide au traitement local des *alopécies en aires*, les cheveux de repousse définitive sont manifestement *hyperpigmentés*, et c'est une plaque de cheveux hyperchromateux qui remplace, après la guérison, la plaque alopécique et achromique.

E. B. — A. D.

empêche qu'elle soit colorée en noir en la lavant immédiatement avec une solution de sel marin ou de cyanure de potassium. On fait aussi grand usage d'applications combinées de nitrate d'argent, d'acétate de plomb, ou de sulfate de fer avec le foie de soufre. On brosse les cheveux avec l'une de ces solutions, on les laisse sécher, puis on applique la seconde solution. En combinant d'une façon convenable la quantité et la concentration des liquides employés, on obtient parfaitement la nuance que l'on désire, depuis le brun clair jusqu'au noir, ou au rouge jaune. D'après la démonstration du docteur J.-E. Polak, on obtient des nuances diverses de coloration allant jusqu'au noir brillant par l'emploi du *henné indien* (papillonacée) qui est en usage chez les Persans ; on fait avec la poudre de cette plante et de l'eau une pâte dont on enduit les cheveux, puis on étale par-dessus de la poudre d'indigo et l'on soumet ensuite la région pendant uue demi-heure à l'action de la vapeur d'eau. On comprend facilement qu'il faut renouveler les applications de ces substances colorantes aussi souvent que les cheveux blancs ont repoussé dans une certaine longueur.

Voici quelques formules :

(*a*) Pour obtenir une coloration noire : Nitrate d'argent 1 ; carbonate d'ammoniaque 1,50; onguent émollient 30. — Nitrate d'argent 1,25; eau distillée 60; nitrate de mercure liquide, teinture de réséda ââ 5. — Nitrate d'argent 5; acétate de plomb 1 ; eau de roses 100; eau de Cologne 1. — En applications combinées : Nitrate d'argent fondu 5; eau distillée 50 ; liq. n° I. — Acide pyrogallique 3 ; eau distillée 40 ; esprit-de-vin rectifié 10 ; liq. n° II. — Ou : Nitrate d'argent fondu 8 ; eau distillée 70 ; liq. n° I. — Foie de soufre 8; eau distillée 70; liq. n° II.

(*b*) pour obtenir une coloration brune : Acide pyrogallique 1; eau de roses 40; eau de Cologne 2. Un moyen très populaire aussi est d'enduire les cheveux avec le « baume sulfureux » (soufre battu avec de l'huile de jaune d'œuf), puis on les lave avec une dilution vinaigrée ou acétique (acétate d'oxyde de fer). — Toutes les huiles grasses, huile de noix, huile de macis, huile de cassis, etc..., donnent aux cheveux une coloration plus foncée ; on peut les employer pures ou sous forme de pommade; par exemple : Huile d'œuf, moelle de bœuf, ââ 20 ; lactate de fer 1,50; huile éthérée de cassis 1 (Pfaff.). On a, dans ces derniers temps, donné la préférence à la coloration des poils en blond jaune jusqu'au rouge or au moyen de l'eau d'or (eau oxygénée). En dehors de l'eczéma que leur usage mal dirigé peut produire, les substances métalliques que l'on emploie pour colorer les cheveux n'ont pas plus d'inconvénient pour la santé que les substances végétales.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

Atrophie des poils ; alopécie congénitale, acquise, idiopathique et symptomatique. Formes spéciales : alopécie sénile, alopécie prématurée, alopécie en aires, alopécie nerveuse. — Alopécie prématurée symptomatique : alopécie furfuracée. Changement de poil. Atrophie propre des poils. Trichorrexie noueuse. Atrophie des ongles.

L'atrophie des poils comprend toute altération morbide dans leur croissance typique. Cette atrophie peut se manifester par une modification portant sur l'ensemble de la chevelure ou sur la structure des poils considérés isolément.

ALOPÉCIE

On désigne sous le nom d'alopécie une croissance incomplète des poils quelles d'ailleurs qu'en soient la cause ou la forme.

Celse a appelé alopécie toute forme de calvitie ou de chute des cheveux et des poils intéressant le cuir chevelu et la barbe. Mais la calvitie ne représente en général que le résultat final d'un processus combiné, c'est-à-dire de la chute anormalement abondante des poils (*effluvium*, *defluvium*, *lapsus pilorum*, *Psilose*), laquelle est associée à une reproduction insuffisante des poils, de façon que dans ces conditions l'idée d'alopécie ne saurait être séparée de celle des phénomènes pathologiques dont nous venons de parler. Cette large manière d'envisager l'alopécie paraît plus exacte que celle, beaucoup plus limitée, propre à certains auteurs, suivant lesquels il faut entendre par alopécie seulement la chute disséminée des cheveux et des poils de la barbe, tandis que l'on employait des désignations particulières pour les autres formes de la calvitie, comme : phalacrose ou calvitie pour la calvitie de la partie antérieure de la tête; ophiasis (Celse) pour désigner une bande chauve s'étendant transversalement sur le crâne, d'une oreille à l'autre; opistophalacrose, pour la calvitie de l'occipital ; hémiphalacrose pour la calvitie occupant la moitié latérale du crâne ; anaphalantiase, pour la perte des sourcils; alopécie en aires ou aires de Jonston, pour désigner la perte des cheveux affectant la forme de disques; enfin madèse ou madarose pour indiquer des cheveux rares ou clairs, tombant facilement (1).

---

(1) Les termes de phalacrose, hémiphalacrose, opistophalacrose, anaphalantiase, madèse ou madarose, sont justement oubliés.

Le mot *ophiase*, ou *ophiasis*, seul, est resté dans le souvenir, sinon

En considération des symptômes les plus essentiels, des circonstances concomitantes et étiologiques, je crois pouvoir proposer la division suivante des diverses variétés de l'alopécie.

Alopécie congénitale, insuffisance congénitale du système pileux, c'est-à-dire que les cheveux sont rares ou bien même font complètement défaut — *oligotrichie et atrichie,* — cette forme peut être partielle ou généralisée. Il est rare qu'elle soit persistante; ordinairement les cheveux poussent en retard. L'alopécie congénitale représente donc un arrêt de développement et souvent elle est associé à une dentition difficile et tardive (1).

Alopécie acquise, comprenant les variétés suivantes : *alopécie sénile, calvitie prématurée, alopécie prématurée.*

L'alopécie sénile commence avec l'âge avancé. Habituellement ce sont les cheveux situés à la limite du front et du cuir chevelu qui disparais-

---

dans le vocabulaire des médecins, mais sans bénéfice, car il n'a aucune signification précise.

Parmi les auteurs, quelques-uns restent à son égard, avec prudence, dans le vague, ajoutant parfois que cette alopécie est ainsi appelée parce qu'elle a une forme « *serpentine* ». *Si per longos et serpentinos tractus vitium propagetur ophiasim habes* » (Lorry).

Pour Celse, l'*ophiase* différait de l'*alopécie*, et de l'*aire*, en ce que la chute des cheveux qui se produisait dans ces dernières, de quelque manière que ce soit, suivait au contraire, dans la première, des conditions déterminées : début à l'occiput, marche serpigineuse vers les oreilles, sur une largeur n'excédant pas celle de deux doigts, les deux bandes se rejoignant quelquefois pour se réunir au point de départ.

Pour Gorris (*De Définit.*, etc., 1554), le terme d'ophiase a été appliqué à la calvitie par comparaison avec la mue épidermique des serpents. Pour Littré, enfin, l'ophiase est simplement l'alopécie en aires (notre pelade tachetée), alopécie à îlots multiples, tachetant la peau du crâne à la manière de la peau des serpents.

Aucun éclaircissement n'est à tirer des *descriptions* des auteurs antérieurs à l'époque actuelle; les affections les plus diverses du cuir chevelu ont été décrites sous ce nom, lequel ne doit jamais être interprété que sous condition d'inventaire. E. B. — A. D.

(1) La dénomination d'*alopécie congénitale* ne répond pas à un état pathologique univoque, mais bien à des affections différentes : 1° à l'alopécie congénitale vraie, par absence de développement des follicules pileux, souvent en rapport avec d'autres arrêts d'évolution; cette affection est rare à l'état généralisé et absolu; 2° la pseudo-alopécie, ou alopécie congénitale temporaire; il y a un simple retard dans le développement du système pileux qui ne devient apparent que dans les premiers mois ou dans les premières années; 3° diverses alopécies vraies, mais dues à un *état pathologique ayant évolué pendant la vie intra-utérine*, alopécies trophonévrotiques que l'on peut retrouver chez les ascen-

sent les premiers, de sorte que le front s'allonge dans la même proportion vers le sommet de la tête (front de vieillard). Lorsque la calvitie est déjà développée quand l'individu arrive à la vieillesse, elle s'étend alors sur un cercle qui va de la limite supérieure du front jusqu'au delà du sommet de la tête et de chaque côté presque jusqu'au milieu des régions pariétales, tandis que l'occiput, les parties latérales des pariétaux et les régions temporales présentent encore une chevelure à peu près normale. La peau qui est devenue chauve paraît lisse, tendue, brillante, souvent graisseuse, amincie. Chez les gens très âgés, les orifices des follicules sont difficilement reconnaissables, quelques-uns présentent çà et là un petit poil follet. — L'alopécie sénile est incomparablement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Généralement les cheveux deviennent blancs avant de tomber, mais cette transformation n'est certainement pas la cause de leur chute, car on trouve une chevelure fournie et persistante dans le grisonnement sénile comme dans le grisonnement prématuré. L'alopécie sénile n'atteint que faiblement les poils de la barbe et des parties génitales.

La diminution de la vitalité qui, dans la vieillesse, se manifeste également dans d'autres systèmes, peut aussi être la cause prochaine de l'alopécie sénile, cependant il faut noter que la calvitie résultant de l'âge s'observe plus rarement chez la femme.

Les conditions anatomiques que l'on observe dans la peau frappée de calvitie ne sont pas telles que l'on puisse les considérer comme étant la cause directe de la chute des cheveux, mais on n'est pas plus autorisé à les regarder comme la conséquence de leur chute. En effet, ce n'est pas sur les parties de la peau qui sont devenues chauves depuis peu de temps que l'on observe les symptômes de l'atrophie, mais seulement sur celles qui depuis de longues années ont perdu la faculté de produire des cheveux. Sur des coupes microscopiques, on voit les glandes séba-

---

dants ou les collatéraux, ou bien alopécies dues à des affections du type de l'ichthyose ou de la xérodermie pilaire, évoluant prématurément chez le fœtus — Voy. sur ce sujet LUCE, Rech. s. un cas curieux d'alopécie, *Thèse de Paris*, 1879 ; et P. DE MOLÈNES, note sur un cas d'alopécie congénitale, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. I, 1890. — L'observation de DE MOLÈNES a trait à une fille de quatre ans et demi, née d'une mère ayant eu autrefois « la pelade classique », et sœur d'un garçon de treize ans ayant eu, également, « la pelade vulgaire ». A neuf ans, chez la fillette, l'alopécie a évolué comme une pelade totale, et a guéri lentement. L'auteur rattache ce fait aux cas de « *peladoïdes héréditaires* ». — Voy. aussi : E. BESNIER, HALLOPEAU, *Trichomanie, Trichophagie, Trichotillomanie, Réun. clin. de l'hôp. Saint-Louis*, 1889, *Ann. de Dermat.*, et *tirage à part*, p. 109, 110.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

cées atrophiées par séries longitudinales ; sur d'autres points, au contraire, elles sont dilatées ; les follicules pileux sont remplis de débris épithéliaux, les gaines de la racine du poil dégénérées, entourant souvent un poil follet très mince. Dans beaucoup de follicules, la papille a disparu, ainsi que les lobules graisseux ; le chorion est aminci, le tissu cellulaire est considérablement diminué de volume, ses fibres présentent par place une dégénérescence vitreuse ou colloïde, les granulations graisseuses sont devenues troubles ; enfin en rencontre çà et là des grains de pigment disséminés en foyers.

L'alopécie prématurée, *calvitie prématurée*, est idiopathique ou symptomatique.

L'alopécie prématurée idiopathique est caractérisée par une calvitie qui survient sans maladie appréciable des cheveux ou des follicules, ou même de la peau, au niveau des régions dépilées. Cette alopécie peut s'observer dans des conditions différentes, et ses formes sont loin d'avoir la constance qui serait nécessaire pour permettre de tracer un tableau morbide typique à l'exception toutefois d'une seule variété, l'alopécie en aires (1).

ALOPÉCIE EN AIRES .

Sauvages mentionne pour la première fois, sous ce nom et le synonyme *Area Johnstoni*, une forme d'alopécie dans laquelle les cheveux tombent sur des espaces en forme de disque (*per areas tantum*). Celse n'a pas compris cette variété de calvitie dans son chapitre « *de areis* » et probablement il ne la connaissait pas. Le nom d'*area Celsi*, qui paraît être en faveur auprès des auteurs, n'est donc pas justifié pour désigner l'affection dont il est ici question (2). Par contre, Willan en a donné une

---

(1) A aucun titre l' « *alopécie en aires* » ne peut être considérée comme une « *variété* » de l'alopécie prématurée idiopathique, et *aucune* des variétés d'alopécie en aires, ou de pelade, ne peut être rangée à côté de l'alopécie prématurée ; cela n'a pas besoin de démonstration.

E. B. — A. D.

(2) C'est en toute raison que Hebra et Kaposi critiquent les auteurs qui ont attribué à Celse le teme d'*area*, et surtout d'*alopecia areata*. Le très court chapitre du Traité auquel on fait allusion a pour titre : « *De aeris* », au sens générique, comme nous dirions aujourd'hui « Des alopécies », et il faut beaucoup de bonne volonté pour reconnaître notre pelade actuelle dans les descriptions de Celse. Il y a lieu de croire qu'elle est comprise dans les alopécies qu'il a vues, et qu'il a cru décrire, mais on ne peut aller plus loin ; après le titre « *de areis* » au pluriel, le mot *area* n'est plus prononcé par Celse.

C'est dans la description, d'ailleurs très écourtée, de J. Jonston, que

bonne description (et un bon dessin) sous le nom de *porrigo decalvans* ou *bald ringworm*, qu'il distingue du *porrigo scutulata* ou *common ringworm*, bien que ces deux maladies donnent naissance à des disques alopéciques. Mais dans la première, il se produit, par le simple fait de la chute des cheveux, des disques lisses, tandis que dans la seconde, certaines parties de la peau se couvrent de vésicules, de pustules et de squames, et sur ces mêmes points les cheveux se cassent à une petite distance du tégument. Plus tard, ces deux affections ont été souvent confondues l'une avec l'autre, ainsi que leurs noms, surtout depuis que la nature parasitaire du *porrigo scutulata* de Willan, c'est-à-dire de l'herpès tonsurant de Cazenave ou *teigne tondante* de Mahon a été prouvée, et que Gruby et d'autres auteurs ont cru avoir démontré aussi dans le *porrigo decalvans* de Willan ou *alopécie en aires* la présence d'un champignon. En employant ultérieurement les noms de teigne pelade (Bazin, vitiligo (Cazenave !) pour désigner cette dernière variété, on a cherché à éviter les confusions dont nous venons de parler. Il est, à notre avis, préférable de nous en tenir une fois pour toutes à la dénomination originelle d'alopécie en aires (1).

L'affection débute sur un point, souvent aussi en même temps ou à de

---

l'on trouve, pour la première fois, le terme d'*area* et la description sûrement reconnaissable de notre pelade — Voy. Joh. Jonstoni, *Idea universæ medicinæ praticæ*, *Libris XII*, *Absoluta*, *Lugduni*, 1665, in-8; Bibliothèque nationale, T. *d.* 30-100; *Titulus III*, *De capillorum vitiis; caput I*, *De capillorum casu*.

Sauvages décrit très exactement la pelade commune, et il la dénomme « *area* de Jonston », ou *alopecia areata;* c'est à lui qu'appartient donc la dénomination d'alopécie en aires.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il y aura bientôt quarante ans que l'illustre Bazin — *Rech. sur la nat. et le trait. des teignes*, Paris, in-8, 1853, — ayant constaté le grand fait clinique de la transmissibilité de certaines alopécies de l'ordre de celles que Celse a peut-être voulu décrire, dans le court chapitre intitulé : « *De Areis* », sous les noms d'αλοπηχία et d'οφιασις, mais qui correspondent certainement à l'*area* de Jonston, à l'*alopécia areata* de Sauvages, au *Porrigo decalvans* de Willan-Bateman, au *vitiligo* de Cazenave, etc., et que, ayant cru reconnaître chez les sujets atteints, le microphyte signalé, dix ans auparavant, par Gruby — Recherches sur la nature, le siège et le développement du *Porrigo decalvans* ou Phyto-alopécie, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, Paris, 1843, t. XVII, p. 301 — comme étant la cause du *Porrigo decalvans*, il proclama que ces alopécies étaient des « *teignes* », c'est-à-dire des affections microphytiques du système pilaire, transmissibles du malade à l'homme sain.

Après avoir d'abord désigné ces alopécies sous les noms de *teigne achromateuse et de teigne décalvante*, il en étendit ensuite considérable-

courts intervalles successivement sur plusieurs points de cuir chevelu ou de la barbe, plus rarement de l'aisselle ou des parties génitales; tous les cheveux ou les poils compris dans l'étendue d'un petit cercle tombent en un très court laps de temps, en une nuit par exemple. Les cheveux ou les poils qui forment la zone avoisinante de ce cercle ont tellement perdu leur adhérence, qu'ils cèdent à la plus légère traction et qu'ils tombent même spontanément dans un délai de quelques jours. C'est ainsi que s'agrandissent les disques d'alopécie, au niveau desquels la peau est lisse, blanche, parfois un peu rouge, sans éruption ni desquamation, sans modification de la température ni de la sensibilité; dans quelques cas, on a mentionné un peu d'hyperalgésie, ou au contraire de l'analgésie. Il n'y a ni douleur ni démangeaison. Par suite de l'extension constante de la chute des cheveux, les disques alopéciques arrivent à se confondre les uns avec les autres, et la plus grande partie de la peau du crâne finit, dans un délai de six à douze mois, par être glabre. Cependant la maladie s'arrête ordinairement après quelques mois, mais pas partout en même temps, c'est-à-dire que les cheveux qui forment la limite des aires reprennent une adhérence solide; puis des cheveux d'abord minces et dépourvus de pigment, et plus tard plus forts et pigmentés, apparaissent sur les plaques alopéciques. C'est ainsi qu'une nouvelle chevelure recouvre la totalité du crâne, quelquefois, il est vrai, seulement après un ou deux ans et plus, surtout dans les cas

---

ment le domaine, et réunit une grande partie de celles qui n'appartenaient ni au favus ni au tricophyton, sous le nom générique et commun de PELADE.

A la vérité, le mot de pelade avait eu antérieurement une autre application; il signifiait expressément *alopécie syphilitique* GÉNÉRALISÉE : « Non seulement, dit ASTRUC — *Trait. des mal. vénér.*, 3e édit. Paris, 1755, t. IV, p. 5, — les cheveux tombent, ce qui laisse des endroits chauves vers les tempes et derrière la tête, et produit l'*Alopécie;* mais, même le poil tombe de presque toutes les parties du corps qui en sont garnies, comme des sourcils, du menton, et des aines, *ce qui produit* la PELADE. »

Mais le mot était tombé en désuétude; BAZIN le déclassa en se l'appropriant; et, en fait, les dénominations d'*Alopécie en aires*, et de *Pelade* sont aujourd'hui synonymes, le terme de Pelade étant employé dans les pays de langue française.

Aucune raison plausible ne permet de préférer la dénomination d'alopécie en aires au terme de Pelade; en effet, l'alopécie peladique n'est pas toujours disposée en aires, et d'autres alopécies peuvent affecter cette disposition; comment appeler alopécie en aires, la maladie d'un sujet qui n'a plus un poil sur le crâne, ou sur le corps ? Nous ne croyons pas nécessaire d'insister.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

où l'affection a envahi successivement différents points, ou même s'est reproduite sur des surfaces qui étaient déjà en voie de guérison.

Dans certains cas défavorables, la maladie ne se limite pas ; elle se généralise au cuir chevelu, à la barbe, aux sourcils et aux cils, ainsi qu'aux poils vigoureux ou aux poils follets du tronc et des membres; sur la totalité du corps, la peau est devenue lisse et polie. Même dans ces cas, le système pileux peut se reproduire après des années, à moins toutefois que l'affection n'ait atteint des proportions excessives (1).

Le diagnostic entre l'herpès tonsurant et l'alopécie en aires n'offre

---

(1) L'histoire clinique *générale* de la pelade est fort courte ; vue d'ensemble, tout y est négatif. Ses traits essentiels ont été tracés par BATEMAN — *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de BERTRAND, Paris, in-8, 1820, p. 220 — en quelques lignes que voici :

« Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires, qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège, et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux qu'à l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, au centre des taches, unie, brillante, et d'une blancheur remarquable. »

Assurément nos descriptions contemporaines ont besoin d'être surchargées de plus de détails; mais celui qui aura lu, même une seule fois, le texte de BATEMAN, saura reconnaître, à la distance de sa vision, le premier peladique qui lui apparaîtra.

C'est tout à fait exceptionnellement que ces aires décalvées auront été, préalablement, le siège d'un traumatisme, d'une lésion pathologique ; c'est aussi exceptionnellement qu'on y pourra relever quelque trouble de la sensibilité, avec quelque minutie qu'on en décompose les diverses espèces. Un peu de prurit, rarement intense, très souvent tout à fait nul; quelquefois, une manifestation névralgique, d'ailleurs très variable de nature et de siège ; et voilà terminée la série subjective des phénomènes préalopéciques. Pendant ce même temps, quelquefois, des observateurs prévenus, et en éveil, peuvent relever que les cheveux perdent leur poli et leur souplesse, qu'ils deviennent ternes, poussiéreux « un peu poudreux » — C. LAILLER, Leç. clin. s. les teignes faites à l'hôp. Saint-Louis, rec. et pub. p. L. LANDOUZY, in-8. Paris, 1878, p. 76 — en même temps que la peau, qui va être dénudée, desquame insensiblement, devient un peu achromique, quelquefois empâtée, comme œdémateuse vaguement. A tort contesté par Bazin, ce dernier fait, noté par Devergie, est très ordinaire, sinon constant ; il peut persister pendant toute la durée de la maladie, prendre quelquefois les proportions particulières d'un empâtement manifeste, surtout dans certaines pelades chroniques hyperidrosiques et séborrhéiques ; d'autres fois, il n'est que momentané et est remplacé par un affaissement léger du niveau de la partie alopécique.

Mais, il faut le répéter, tous ces caractères restent frustes, ou manquent souvent, ou demeurent inaperçus. Quatre-vingt-quinze peladiques sur cent apprennent par un tiers, ou découvrent tout à fait par hasard,

que rarement des difficultés. Sans doute on observe quelquefois sur la peau chauve de l'aire de minces squamules graisseuses, parfois aussi un dépôt séborrhéique caractérisé. On peut également trouver quelques cheveux cassés à différentes hauteurs, ou qui se brisent lorsqu'on cherche à les arracher. Mais ce sont là des faits exceptionnels qui ne se présentent qu'en certains points : ils s'expliquent par la disposition uniforme du reste du cuir chevelu, par exemple dans la séborrhée, ou par la friabilité des cheveux détachés de leur terrain nutritif; il ne faut pas regarder ces éventualités comme portant atteinte à la valeur

---

la première plaque chauve qu'ils ont dans le cuir chevelu ou à la face, et c'est quand la tonsure se fait, ou est déjà faite, que le médecin en peut relever les caractères. C'est seulement sur les sujets en observation journalière que l'on a pu noter les minuties cliniques que nous avons indiquées, et qui servent à prévoir le point nouveau qui va, à son tour, devenir chauve.

Sur des sujets différents, ou, chez le même individu, en des points séparés, l'évolution peladique est variable; quelquefois galopante, et rasant en quelques jours une surface de plusieurs centimètres de diamètre, d'autres fois à ce point lente que la nature de la dénudation peut rester ambiguë pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Tantôt l'alopécie localisée est presque immédiatement complète, et le champ peladique, éburné d'emblée, mais, le plus ordinairement, après la chute ou la fracture des poils, il se fait plusieurs générations successives de cheveux avortés, qu'il ne faut pas confondre avec les follets de guérison ou de repousse. Puis, ou bien des poils colorés et solides reparaissent progressivement, ou bien la génération des poils avortés cesse complètement, l'état glabre s'établit; la peau, achromique ou non, devient lisse, éburnée, s'affaisse un peu; la pelade est complète.

Dans quelques cas qui sont loin d'être rares, la plaque que nous venons de décrire, au lieu d'être toute glabre, ou plantée de poils avortés et achromiques, est, au contraire, irrégulièrement, en quelques points ou à sa périphérie, parsemée de cheveux noirs, cassés à ras ou à une petite distance de la peau. Ces cheveux, si on peut les saisir à la pince, viennent sans effort, en apparence d'une grande profondeur en raison de l'œdématie peladique, ils ont perdu toute adhérence; quelques-uns sont normaux objectivement, d'autres présentent l'atrophie radiculaire en aiguille, tous sont cassés dans la tige, cadavérisés, et peuvent rester indéfiniment en place dans le même état. Cela s'observe dans les variétés que nous avons désignées sous le nom de *pelades à cheveux fragiles*, à cheveux cadavérisés d'emblée, que Bazin, se méprenant sur leur nature, avait dénommées « *fausses pelades* », rapportées au trichophyton, et que Lailler, avec son sens clinique juste, a restituées à la pelade sous l'étiquette de « *pelades pseudo-tondantes* », « *tondantes* » voulant dire, pour lui, « trichophytiques. »

De plus encore, dans ces formes de pelade, un grand nombre de cheveux qui ont été coupés assez courts aux ciseaux, ou rasés, sont *cadavérisés*, et restent immobiles durant des semaines ou des mois. Si la

de la caractéristique de l'alopécie en aires et comme une cause de confusion. Chez les enfants, on trouve souvent un ou plusieurs foyers en forme de disques de séborrhée congestive ou d'eczéma séborrhéique dans la région desquels les cheveux tombent à la plus légère traction. Mais on a tort de citer ces formes pour de l'alopécie en aires ou pour une variété particulière de cette affection, comme on l'a récemment essayé. Robinson a même, dans ces derniers temps, cru devoir admettre pour l'alopécie en aires, le sycosis parasitaire et l'herpès tonsurant, une seule et même cause. Ces confusions nosologiques sont regrettables.

Les caractères de l'alopécie en aires sont, au point de vue symptomatique et nosologique, si frappants qu'il paraît difficile de confondre cette affection avec d'autres formes d'alopécie (1).

---

tête a été rasée, ce sont des îlots analogues à une barbe rasée qui feraient croire à l'existence d'îlots de repousse; mais, toutes les fois qu'on peut saisir un de ces cheveux à la pince, il s'extrait sans aucune résistance, exactement comme s'il était simplement enfoncé dans un corps mou. D'autre part, une observation de quelques jours ou de quelques semaines permettra de constater l'étrange *immobilité* de ces îlots de cheveux morts, mais non friables; le microscope n'y fait découvrir aucune trace de tricophyton, mais seulement, dans quelques cas, les « spores de la pelade », ce qui avait induit Bazin en erreur sur ce point particulier.

S'il est resté sur la plaque alopécique récente quelques poils, ou si l'on examine les poils de la périphérie, voici ce qu'on constate : Soit avec les doigts, soit avec la pince, on arrache aisément un poil, ou un bouquet de poils, dont les caractères sont les suivants : ils sont rigides, ont perdu leur souplesse, et n'amènent qu'exceptionnellement avec eux une gaine vitreuse. L'examen à l'œil nu, et l'examen microscopique permettent de constater que leur extrémité radiculaire est atrophiée, poussiéreuse, filiforme, terminée en pointe d'aiguille extrêmement fine, coudée, dépigmentée, transparente, plus rarement moniliforme. Ces poils, avant de tomber spontanément, cassent d'ordinaire à quelques millimètres sur la tige; mais ils peuvent aussi casser plus loin ou plus près; dans la pelade à cheveux fragiles, la cassure se fait au niveau ou à une petite distance de la peau, ou même dans le canal pilaire. On pourrait croire que ces cheveux ne tombent pas et sont toujours cassés à niveau, c'est une erreur, une partie est comme dans toutes les variétés de pelade, avulsée d'une façon précoce par toutes les tractions, tous les tiraillements directs ou indirects auxquels les poils sont exposés et soumis.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le diagnostic *sommaire* de la pelade est en effet très facile dans la majorité des circonstances; mais il est des cas *très nombreux* dans lesquels des causes d'erreur multipliées se présentent, et peuvent embarrasser les plus experts; et il en est même, ceux-là exceptionnels, dans

lesquels l'état actuel de nos connaissances ne permet pas de jugement définitif.

Nous n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un livre d'instruction élémentaire, et nous serons sobres de développements; mais il s'agit aussi d'un livre pratique, et il y a des distinctions que chaque médecin doit être en mesure de faire, ou, au moins, dont il doit connaître les bases.

I. *Alopécies parasitaires classées; favus, trichophytie:* La différenciation de la pelade d'avec les alopécies parasitaires classées, telles que le favus et la trichophytie, reposent sur des caractères précis qui seront exposés à propos de chacune de ces affections. Il est cependant des cas dans lesquels la pelade peut *coïncider* avec ces affections, ou en être un *accident*, un *reliquat;* il est souvent alors indispensable de faire l'examen microscopique des cheveux, examen que chacun peut exécuter sans être un histologiste consommé. La comparaison *sommaire* entre les cheveux peladiques faviques trichophytiques est d'ailleurs des plus aisées :

Le *cheveu peladique* est atrophié, petit; sa racine courbée en crosse; achromique, poudreuse, sèche, quelquefois avec un renflement, rarement avec plusieurs; sa brisure spontanée est en balai, n'a plus de canal médullaire, est envahie par les bulbes d'air — G. BEHREND — S'il a conservé ses proportions normales, comme dans les cas de pelade aiguë à cheveux fragiles, il est simplement cadavérisé; on l'extrait à la pince, sans le moindre effort, comme s'il était implanté dans un corps mou.

Le *cheveu favique*, même atrophié, est plus gros que le poil peladique, souvent visqueux, et amenant avec lui la gaine, vitreuse, collante; traité par la potasse à 40 p. 100 pendant le temps nécessaire, il laisse voir aisément l'*achorion*, que l'on cherchera surtout dans ses parties supérieures.

Le *cheveu trichophytique* est plus volumineux que les deux autres, et même que le tronçon de poil peladique fragile cadavérisé; il casse à la plus légère traction, s'arrache sans sa racine, et s'écrase aisément entre les mors de la pince, ou sous la lamelle couvre-objet. Sa trame fibrillaire apparaît au microscope dissociée, et dans les losanges qu'elle forme on trouve des amas copieux de spores; le sommet supérieur du fragment est en épi.

II. *Alopécies peladiformes de la syphilis.* — Pratiquement, la difficulté qui peut se présenter le plus souvent après la précédente est la confusion possible entre la pelade et *certaines* alopécies *syphilitiques secondaires.*

Dans la grande majorité des cas, l'absence d'aires nettement définies, la diffusion, la simultanéité du développement sur tout le cuir chevelu, la coïncidence immédiate de l'alopécie sourcilière, les granulations croûteuses miliaires du cuir chevelu, l'adénopathie cervicale, etc., suffisent pour fixer, d'emblée, le diagnostic de l'alopécie syphilitique. Mais il est des cas, moins nets, dans lesquels l'alopécie syphilitique se rapproche beaucoup plus complètement de la pelade à marche aiguë. Aussi, pour ne pas être exposé à des erreurs regrettables, le médecin doit toujours garder présente à l'esprit la possibilité de cette confusion,

et, en règle générale, dans tous les cas de pelade à marche rapide, diffuse, attaquant en même temps les sourcils, ayant des aires nombreuses, petites, mal limitées, il faut soulever la question, et examiner le malade en entier.

Le cheveu syphilitique n'a pas de caractéristique spéciale; c'est un cheveu athrepsique, présentant, par conséquent, beaucoup d'analogies avec celui de la pelade; il n'est toutefois, ni moniliforme, ni infiltré de bulles d'air, ni effiloché à sa cassure, comme le cheveu peladique.

Ces distinctions deviennent un peu délicates, et n'ont pas la même valeur pratique que celles que nous avons indiquées entre les poils peladiques, faviques, trichophytiques — Voy., sur l'examen microscopique des cheveux dans l'alopécie syphilitique, GIOVANNINI, Alc. ricer. int. a. alter. anat. path. d. l'alopecia areata e d. alopecia sifilitica, Congr. med. di Pavia, Sett. 1887, *in Giorn. ital. d. Mal. V. e. d. pelle*, 1887, p. 308; DARIER, Réun. des méd. de Saint-Louis, 1889, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. X, p. 398; et, sur l'ensemble des caractères du cheveu peladique, LAILLER, BALZER, JUHEL-RÉNOY, *in* E. BESNIER, Sur la pelade, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1888.

Les alopécies syphilitiques peladiformes ne se confondent pas avec les *pelades véritables qui surviennent chez les syphilitiques* un peu plus fréquemment que chez les autres sujets. En dehors de la période secondaire, et si elles ne coexistent pas avec l'alopécie syphilitique, elles peuvent présenter des difficultés dans l'interprétation, mais rarement dans le diagnostic proprement dit.

III. *Séborrhées décalvantes :* Certaines formes rares de *séborrhée* DÉCALVANTE AIGUË du cuir chevelu simulent grossièrement la pelade par la rapidité avec laquelle l'alopécie procède, et par les larges dénudations qui se produisent. Dans ces cas, l'hyperstéatidrose est extrême; les cheveux n'ont subi aucune altération préalable; c'est une véritable mue huileuse, qui ne dénude pas le cuir chevelu par plaques arrondies, mais par grandes surfaces irrégulières. Cependant ces cas sont voisins des *pelades* avec *séborrhée intercurrente*, mais ils restent distincts des *pelades qui surviennent chez les séborrhéiques vulgaires*, et ils ne se confondent pas avec la séborrhée qui *succède* à la pelade comme aux autres alopécies atrophiques.

Plusieurs des faits auxquels nous faisions allusion sont complexes; pour les apprécier exactement, il est nécessaire d'en faire un examen approfondi, et souvent d'avoir suivi l'évolution pendant un temps suffisant.

IV. *Lupus érythémateux; lèpre; sclérodermie; vitiligo :* Très ordinairement, il n'y a aucune confusion possible entre la pelade et le *lupus érythémateux*; les cheveux de la périphérie non peladiques, la *cicatrice* déjà réalisée souvent au centre; la rougeur de la peau, l'altération des follicules et leur encroûtement crétacé, sans préjudice des lésions lupiques que l'on retrouve sur les oreilles, la face, etc., suffisent, et au delà. — Mais il est des formes de lupus érythémateux du cuir chevelu, tout à fait frustes, atypiques, et pour celles-là le diagnostic sommaire

pourrait être erroné. Il suffit d'être prévenu de l'existence de ces cas, pour suspendre le jugement.

La *lèpre*, que HEBRA avait considérée comme pouvant donner lieu à des alopécies du type de l'alopécie en aires, ne produit presque jamais rien qui y ressemble; l'immunité du cuir chevelu chez les lépreux est bien connue, et l'alopécie sourcilière de la lèpre s'accompagne de lésions tuberculeuses qui ne permettent pas l'erreur. Il y a probablement eu, dans les cas auxquels HEBRA fait allusion, confusion entre la lèpre et les *plaques* de *sclérodermie*, ou les *morphées*, lesquelles, nous l'avons établi plus haut — Voy. note 1, p. 111 — comportent l'alopécie et la leucotrichie parmi leurs éléments directs. La dureté, l'épaisseur des plaques sclérodermiques, la pigmentation ou la bordure *lilas* de leur périphérie, l'absence de cheveux peladiques dans la zone circonférentielle, suffisent pour rectifier le diagnostic.

C'est avec raison qu'en a reproche à CAZENAVE d'avoir confondu et d'avoir voulu identifier le *vitiligo* et le *porrigo decalvans* (pelade). Mais on n'a pas assez remarqué les réelles analogies qui existent entre les deux processus, tous deux nettement névrosiques, et pouvant reconnaître des conditions pathogéniques multiples très analogues : Dans quelques cas de vitiligo, il n'y a pas seulement dyschromie, canitie, mais encore alopécie incomplète, et même, exceptionnellement, complète. Nous avons observé plusieurs cas de vitiligo, avec alopécie absolument complète au niveau des aires achromiques, et, dans ces cas, à moins de supposer la superposition exacte de la pelade et du vitiligo, il est impossible de faire un autre diagnostic que *vitiligo alopécique*.

Ces faits sont à réexaminer et à discuter, mais ils doivent être signalés.

V. *Alopécies athrepsiques simples, temporaires :* Enfin, il faut savoir, par une analyse clinique attentive, faire le départ de toute une série d'alopécies que nous appelons *alopécies athrepsiques temporaires*, à évolution spontanée favorable, et qui affectent quelquefois plus ou moins le type peladique : alopécies consécutives à l'érysipèle du cuir chevelu, à des traumatismes locaux, à l'usure dans la région occipitale chez les enfants surtout, par décubitus et frottement (hydrocéphales), etc.; alopécies secondaires à l'accouchement, aux maladies aiguës, aux fièvres éruptives, aux cachexies, aux névrites périphériques toxiques, toxémiques, autotoxémiques, secondaires à la grossesse, à la septicité gastrique, intestinale, etc.

VI. *Alopécies peladiformes, pseudocicatricielles, atrophiques, irritatives; alopécies cicatricielles :* Dans le type absolu, la pelade ne s'accompagne d'aucune irritation visible du cuir chevelu; il n'y a ni épidermite ni folliculites; les altérations du chorion se réparent *ad integrum*, et l'*état éburné*, même dans les cas où la maladie ne guérit pas, ne se confond pas avec l'*état* cicatriciel vrai ou pseudocicatriciel, qui appartient à certaines alopécies, telles que celle du favus par exemple.

Mais il y a toute une série d'*alopécies ambiguës*, sans nom — *alopécies innommées* — dans lesquelles on voit sur un ou plusieurs points de la

tête se produire une *alopécie* tout à fait *irrégulière*, sans figure géométrique, et sans bords limités ; les aires alopéciques sont bornées soit par des bouquets de cheveux intacts, soit par des pinceaux déjà dépilés, éclaircis, soit par un centre voisin. — Sur les espaces dépilés, au lieu de l'achromie simple, et de l'état subœdémateux que l'on observe communément dans la pelade, on constate une *apparence cicatricielle*, un amincissement, une très légère dépression au-dessous du niveau, tantôt lisse, tantôt avec ponctuation au niveau des orifices folliculaires, avec ou sans pigmentation.

Beaucoup de cheveux tombent sans que rien d'autre se montre, mais quelquefois on rencontre des traces de dermite, ou plutôt d'épidermite légère au niveau des orifices folliculaires. C'est un peu de rougeur diffuse, douteuse, avec de la furfuration, une pustule péripilaire très petite et toute superficielle, occupant l'infundibulum, et laissant, après une durée très éphémère, à sa place, une petite cavernule épidermique au niveau de laquelle le poil, dépourvu rapidement de ses gaines, *décollé* jusqu'au fond du follicule, tombe ou est avulsé par la moindre traction.

Il n'est pas impossible que ces faits aient été vus par BATEMAN, à en juger par le passage d'ailleurs assez ambigu que voici : Après avoir décrit le type de la pelade éburnée — *Porrigo decalvans*, Plate XL — il dit : « It is probable, though not ascertaneid, that there may be an eruption of minutes achores about the roots of the hair, in the first instance, which are not permanent, and do not discharge any fluid. »

En ce qui nous concerne, nous avons, depuis longtemps, attiré l'attention sur ces cas difficiles dans lesquels, avec les caractères grossiers de l'alopécie peladique, on voit des phénomènes d'irritation folliculaire — indépendants, est-il besoin de le dire du favus, du trichophyton, etc., — et en présence de leur ambiguïté nous les rangions dans une classe que nous avons appelée *alopécies innominées*, renfermant plusieurs variétés, dont les plus accentuées avoisinent ce que Lailler a dénommé *acné décalvante*.

Depuis quelques années, la question a été reprise, et certainement avancée, sans cependant être sortie de la période d'étude, par l'école de l'hôpital Saint-Louis — Voy. L. BROCQ, 1885, *Journ. of cut. and. ven. diseases;* QUINQUAUD, BROCQ, *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1888, et enfin ces deux auteurs et nous-mêmes, *Ann. de Dermat.*, IIe série, t. X, 1889.

Les faits constitutifs du type que nous essayons de différencier sont, eux-mêmes, si souvent marqués de quelque nuance que l'on ne retrouve pas dans les autres, que les dénominations proposées pour les distinguer sont déjà trop multipliées. Provisoirement nous en distinguons seulement deux variétés principales : *alopécie peladiforme pseudocicatricielle* commune, et *alopécie peladiforme pseudocicatricielle irritative*.

1° *Alopécie peladiforme pseudocicatricielle :* c'est celle que nous avons appelée surtout alopécie innominée, dont nous avons donné une observation, avec présentation du malade, à la réunion des médecins de Saint-Louis, du 20 décembre 1889, *Ann. de Dermat.*, 2e série, t. X, 1889, p. 105. Elle correspond à la *première variété* des *folliculites et périfolli-*

culites décalvantes; à la *pseudopelade* de Brocq ; à la variété *atrophique simple* des folliculites peladoïdes de Quinquaud.

C'est à elle que se rapportent les caractères que nous venons de décrire plus haut; elle ne se distingue, en fait, de la pelade que par l'atrophie définitive des follicules et l'aspect pseudo-cicatriciel qui lui succède.

D'autre part, l'observation précise de certains faits, dans lesquels nous avons vu ces altérations coïncider avec des éléments de pelade commune, nous impose une réserve prudente. En principe, d'ailleurs, nous ne partageons pas l'opinion radicale qui repousse de la pelade toute alopécie présentant à un degré appréciable de l'épidermite, des épifolliculites, des lésions atrophiques. Il faut des preuves anatomiques et histologiques plus précises que celles que l'on possède pour déterminer ce point délicat — Cf. G. Behrend, 1887, Ueber d. klin. Grenzen d. Alop. ar., *Berl. klin. Wochensch.*, et Ueb. Alop. ar. und. u. d. v. d. Haare b. d. Virchows, Arch., 1887, t. CIX, p. 493.

Nous n'avons pas adopté, pour ces cas, le nom de *pseudo-pelade* proposé par Brocq, parce que nous n'avons pas la certitude qu'ils soient des *fausses* pelades, et aussi parce que ce mot, ayant déjà été employé par Bazin pour désigner la *pelade* à *cheveux fragiles*, prêtait à de nouvelles confusions ; et d'autre part, parce qu'il n'est pas seulement applicable à une affection définie, mais à tout un groupe d'alopécies qui, étant peladiformes, mériteraient aussi d'être appelées *pseudopelades.*

2° *Alopécies peladiformes pseudocicatricielles irritatives.* Dans cette seconde forme, pas plus que dans la première, il n'y a de *cicatrice* vraie, mais une *atrophie pseudocicatricielle.* A elle se rattache la variété dont Quinquaud a présenté un exemple à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, sous le nom de *follliculite épilante, décalvante* et qui ne diffère, en réalité, cliniquement de la précédente que par la plus grande intensité du processus folliculitique, lequel ne peut pas être mis au premier plan, puisque, même dans ces formes, l'alopécie peut se produire sur des points où on n'observe pas de folliculite.

Voici ses caractères, d'après Quinquaud : « elle occupe ordinairement le cuir chevelu, plus rarement la barbe, le pubis et les régions axillaires. Les plaques d'alopécie qu'elle produit sont irrégulières, et non pas exactement circulaires, presque lisses, polies, offrant à leur périphérie quelques points granuleux ; la peau à leur niveau est décolorée, blanche, comme atrophiée, et présentant en quelques points une légère rougeur ; les plaques sont disséminées, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, séparées par des îlots grisâtres de cuir chevelu sain avec des touffes de cheveux offrant une résistance normale à l'épilation ; à l'œil nu et à la loupe, on distingue nettement une dépression du derme et une apparence pseudo-cicatricielle. A la périphérie des plaques, ou dans-les îlots de peau saine, lésions folliculeuses d'aspect divers : le plus souvent ce sont des points purulents, des sortes d'abcès miliaires du volume d'une tête d'épingle ou même punctiformes, centrés par un cheveu ou un poil qui s'arrache facilement avec la pince et qui presque toujours tombe spontanément, reposant sur un fond rouge à peine suintant ; ou encore de simples rougeurs punctiformes, isolées, avec ou sans desquamation secondaire ; ou encore une saillie folliculaire rouge.

La chute d'une série de poils voisins produit les grandes plaques d'alopécie pseudocicatricielle. On ne constate ni tubercule, ni godet favique, ni altérations séborrhéiques.

Le premier phénomène observé est toujours une plaque d'alopécie ; puis, à un examen attentif, on constate les lésions folliculeuses, dans lesquelles les points purulents sont toujours relativement peu nombreux et toujours isolés les uns des autres, ne prenant jamais une apparence eczématoïde comme dans les folliculites ordinaires de la barbe ou d'autres régions. L'affection peut durer très longtemps : elle présente d'abord des poussées très intenses, puis plus tard des poussées plus légères.

La lésion histologique consiste au début en une agglomération de jeunes cellules autour et au niveau des follicules pileux dans la partie dermique; les glandes sébacées sont le siège de lésions semblables mais très atténuées, le maximum de développement de ces jeunes cellules occupe l'enveloppe connective du follicule; le derme et la couche de Malpighi qui avoisinent les follicules présentent les mêmes infiltrations. Lorsque le processus irritatif a cessé, on voit se produire l'atrophie, la disparition totale définitive du follicule pileux et des glandes sébacées.

« A l'examen bactériologique, on trouve le streptococcus pyogenes d'Ogston et de Rosenbach; mais on rencontre un microcoque sous la forme de monococcus, de diplococcus ou en séries de quatre, de $0\mu,3$ à $0\mu,4$ existant dans le follicule pileux, dans le sang de la région enflammée, se développant très bien dans l'eau de levure de bière stérilisée, donnant un léger louche très net vers le quatrième jour, et qui, inoculé à des rats, à des souris, à des lapins, ne produit pas la mort; mais, si l'on fait des frictions avec le liquide de culture sur les régions velues du rat, du lapin et de l'homme, on détermine des lésions des follicules avec chute des poils. »

Toutes réserves faites sur les questions histologiques microphytiques qui réclament discussion, nous considérons cette affection comme une variété des alopécies atrophiques, *accompagnées* de folliculites, et suivies de destruction des follicules, alopécies irrémédiables. Nous n'acceptons pas la dénomination de *folliculites*, non seulement parce que celles-ci peuvent manquer, et ne sont qu'*épisodiques*, mais parce que cette dénomination doit être réservée aux cas où le follicule proprement dit est intéressé dans son entier, ou encore à ceux dans lesquels l'alopécie est un accident manifeste de la lésion dont elle est inséparable, comme dans l'acné pilaire typique — Voy. *Appendice des traducteurs*, T. I[er], p. 778 et suiv.

Mais si, laissant ces cas en réalité assez rares et exceptionnels, nous revenons à la pratique journalière, il est une difficulté maîtresse qui met chaque jour en échec les plus expérimentés, et qui réclame un examen minutieux, une enquête complète, c'est celle qui fait voir la pelade où elle n'est pas et qui la fait méconnaître où elle est, c'est l'extrême fréquence, sur le cuir chevelu, d'un nombre considérable de sujets, de *taches alopéciques* d'espèces très diverses, *pelades au début* encore frustes, *reliquat* définitif de pelades anciennes et éteintes, innom-

brables *cicatricules* ou *cicatrices* ayant succédé à des *traumatismes* ou à des *états pathologiques antérieurs*, trop souvent à un traitement médical déjà en cours d'exécution, ou ancien.

Pour les *cicatrices linéaires*, ou pour celles dans lesquelles le tissu cicatriciel, saillant ou déprimé, éclate d'évidence, il n'y a pas de difficultés, mais beaucoup de lésions dépilantes n'ont pas laissé de cicatrices véritables, et l'embarras reste souvent d'autant plus vif que, sur ces cicatrices douteuses, végètent des poils athrepsiés bien peu distincts du poil peladique.

Certaines pelades torpides, à plaque unique, persistant en l'état presque indéfiniment, sont absolument impossibles à diagnostiquer extemporanément d'alopécies consécutives à des lésions antérieures du chorion, du périoste crânien, etc. Il faut ajourner son jugement, observer à plusieurs reprises, tenir compte de la forme de la plaque alopécique, faire des préparations histologiques du poil, recueillir les commémoratifs, en un mot avoir recours à toutes les ressources que peut fournir l'analyse clinique.

On a dit, et nous avons dit nous-mêmes, que la faible adhérence des poils autour d'une plaque alopécique, l'agrandissement de celle-ci, étaient d'excellents signes de probabilité de la nature peladique ; mais on ne peut s'y fier *absolumeut*.

D'autre part, des plaques alopéciques vagues, petites, depuis très longtemps stationnaires, existant souvent chez des sujets ayant eu la pelade un grand nombre d'années auparavant, mais aussi quelquefois représentant la première manifestation du mal, peuvent prendre subitement, après une longue période d'état, une marche peladique accentuée, et être le prélude de l'établissement de centres alopéciques multiples.

VII. — *Espèces, formes, variétés de la pelade vraie, pelades contagieuses ou non contagieuses*, etc. — Nous ne compliquerons pas la question du diagnostic de la pelade en séparant, du type principal, des variétés qui peuvent y être laissées au moins provisoirement; telles, par exemple, certaines formes dans lesquelles la disposition en aires fait place à une alopécie diffuse disposée en *bandes allongées* qui occupent symétriquement, ou non, surtout les bordures antérieures et latérales du cuir chevelu ; tous les cheveux ne sont pas tombés, mais ils sont clairsemés, en broussaille, la région ressemble à une vieille fourrure pelée. Quelquefois cette disposition existe seule; d'autres fois, en cherchant bien, on trouve dans le cuir chevelu des centres alopéciques petits, franchement peladiques, mais à marche torpide.

Ces alopécies devront être *spécifiées* plus tard, soit en raison de leur disposition *régionale*, de leurs particularités *topographiques*, du mode de lésion du poil, etc., mais le moment n'est pas encore venu de traiter ces divers points dans un ouvrage classique et élémentaire.

La monotonie clinique de la pelade, traversée seulement par des nuances que le praticien général ne peut vraiment posséder à fond, non moins que le caractère négatif de beaucoup de symptômes, ne per-

Le pronostic est en général favorable, en ce sens que les poils repoussent ordinairement avec le temps et que le contraire est exceptionnel (1).

La cause de cette alopécie spéciale n'est pas encore déterminée. Un état de faiblesse générale, l'anémie, des causes nocives locales et d'autres semblables me semblent être incriminés sans motif. La maladie apparaît brusquement chez des personnes jeunes comme chez des hommes robustes, en pleine santé, et, dont la chevelure est

---

mettent pas de remonter régulièrement, de la constatation des phénomènes objectifs seuls, à la notion de la cause, de la condition pathogénique; de l'agent provocateur direct, c'est-à-dire de la nature même de l'alopécie. C'est par centaines que pendant de très nombreuses années, nous avons étudié les peladiques, dans le but d'arriver à cette distinction, et que nous nous sommes entourés de tous ceux qui pouvaient nous éclairer dans cette étude, et il nous est encore impossible, au vu d'une pelade *qui commence*, de dire si elle est ou non contagieuse, trophonévrotique par raison locale ou générale, si elle sera légère ou intense, courte ou prolongée, si elle restera localisée au point de début, si elle se multipliera sur place, ou si elle s'étendra à tout le système pileux.

Si l'expérience fournit quelques éléments de probabilités attachés aux différents cas, ils ne dérivent pas des constatations matérielles; ils résultent surtout de l'analyse générale de toutes les conditions propres au sujet et de l'étude des anamnestiques.

Voilà le lecteur averti; prévenu des difficultés qui peuvent se présenter, il saura s'entourer des garanties que fournit l'état actuel de nos connaissances; mais il saura aussi que son jugement devra souvent être réservé, et ses décisions motivées.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Si la pelade est chez certains sujets une maladie légère, sans graves inconvénients immédiats ou éloignés, elle est, pour d'autres, longue, tenace, indéfinie; à certaines périodes de la vie, dans certaines circonstances, l'alopécie peladique peut prendre une extrême gravité par les conséquences matérielles et morales qu'elle peut entraîner. Le médecin est toujours sûr de guérir un favique, s'il le traite convenablement; la trichophytie guérit spontanément dans un délai quelquefois long, mais guérit toujours; la pelade défie toute prédiction de durée, et même de terminaison.

En fait, la proposition de l'auteur est exacte parce que, aidée ou non par le traitement, la pelade commune aboutit ordinairement à la restitution *ad integrum*, complète ou à peu près.

Mais, toutes les fois où la lésion n'est pas très limitée, cette guérison est lente à venir; c'est souvent par années qu'il faut compter avant de l'atteindre. Si l'alopécie s'étend au visage, ou envahit une grande partie du cuir chevelu, elle acquiert, de ce fait, une gravité particulière, en apportant un trouble et un dommage souvent considérables au malade pour des raisons matérielles et morales qu'il est aisé de deviner. Enfin, dans les formes décalvantes qui dénudent complètement l'individu, ces

presque toujours luxuriante (1). L'usage interne de l'arsenic (Wyss) ne peut en être considéré comme la cause. Parmi les nombreux malades auxquels j'ai donné de l'arsenic, aucun n'a eu de l'alopécie en aires et aucun de ceux qui étaient atteints de cette affection n'avaient suivi un traitement arsenical.

On n'est pas arrivé jusqu'ici à découvrir les lésions anatomiques qui donnent naissance à l'alopécie en aires. La présence des champignons (Microsporon, Audouini-Gruby et autres auteurs) a été fréquemment admise, dernièrement encore par Eichhorst, Thin (Bacterium decalvans), Ravogli, Lassar et v. Sehlen, mais n'a jamais été démontrée comme cause étiologique (2). Relativement aux résultats soi-disant positifs de v. Sehlen, ainsi que de ceux des auteurs cités plus haut, il faut se rappeler avec Michelson et Doutrelepont que, dans l'épiderme normal et dans les gaines de la racine des poils, on trouve de nombreuses variétés

---

conditions fâcheuses sont portées à l'extrême, et suffisent à briser une carrière, à rendre impossible le mariage, etc., etc.

Très fréquemment, la guérison reste incomplète; il faut toujours compter avec les rechutes et les récidives. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, la guérison ne se produit jamais, et le patient, partiellement ou totalement, reste dépourvu de système pileux. Toutefois, même dans le cas où la calvitie peladique éburnée dure pendant des années entières, il n'est pas impossible que la guérison se produise encore, et nous ne saurions pas assigner une limite absolue à la durée de cette période pendant laquelle, malgré l'invraisemblance, tout espoir n'est pas perdu.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) En dehors de la *contagion*, dont nous parlerons tout à l'heure — voy. p. 192, note 2, — il est vrai que l' « étiologie » des alopécies en aires, est très pauvre, et que l'on ne peut réunir, pour la constituer, que l'énoncé de conditions *prédisposantes* ou *occasionnelles*, la débilité nerveuse, constitutionnelle ou acquise, les traumatismes locaux, etc.

Or, cette pauvreté étiologique, elle-même, que l'on retrouve dans toutes les affections *spécifiques*, donne une grande vraisemblance à l'hypothèse de l'existence d'un *agent extrinsèque* comme *condition pathogénique proprement dite*, dans la direction que nous indiquerons dans un instant. E. B. — A. D.

(2) Ici nul doute; le parasite de la pelade n'est pas du même ordre que ceux des autres teignes, et il demeure absolument inconnu.

Depuis plus de quinze ans, dans l'hôpital Saint-Louis, on a surabondamment montré et démontré que tous les parasites, sans exception, successivement en France et à l'étranger considérés comme propres à la pelade, les parasites de Malassez et Courrèges, de Thin, de Sehlen, de Robinson, etc., sont banals et non pathogènes.

Dans des publications en cours, Nimier — *Gaz. hebd.*, 1890 (partie clinique) et Vaillard et Vincent, — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, même

de micrococci qui ne sont pas de nature pathogène, et peuvent se multiplier, même en très grande abondance, dans des fragments de poils détachés et morts de l'alopécie en aires (1).

---

année (partie bactériologique), — ayant observé, dans un régiment, une *épidémie* de « pelade pseudo-tondante » de Lailler, « pelade à cheveux fragiles » de E. Besnier, considèrent à la fois en raison des caractères cliniques — NIMIER — et des caractères bactériologiques VAILLARD et VAILLANT — ces pelades comme parasitaires, et les rapportent à un agent microbien, *cultivé par eux*, et qui serait identique au microbe de la « folliculite destructive des lésions velues » décrite par QUINQUAUD. Cette dernière circonstance, si elle se confirme, légitimement les réserves que nous avons posées — Voy. plus haut, *Note des Traducteurs*, p. 182, — à l'égard de la nature peladique des affections dénommées récemment « follliculites épilantes, décalvantes, etc. »

En outre, depuis peu, on a émis l'idée que, tout vulgaires qu'ils étaient, ces divers microphytes pouvaient être des agents de transport de l'élément contagieux, ou bien devenir directement pathogènes par leur siège, leur abondance, leur localisation dans le follicule, ou vulgairement nocifs à la faveur de certaines conditions de moindre résistance de lieu, et de sujet; mais, est-il besoin de le dire, tout cela ne repose sur aucune base ferme, et même ne saurait être admis au point de vue de la microphytie générale du système pilaire.

S'il n'est directement pilivore, alors même qu'il est extrêmement abondant et très riche botaniquement, le microphyte n'altère en rien le poil qu'il entoure de toutes parts pendant un temps aussi long qu'on le voudra. Tels le parasite d'EISCHTEDT, microphyte du pityriasis versicolore, le *microsporon minutissimum* de BURKHART, parasite de l'érythrasma, et les parasites de la sueur rouge, etc. A peine — BALZER l'a montré dans notre laboratoire de clinique — *le microsporon minutissimum* végète-t-il dans les fissures ou cassures du poil accidentelles, mais il ne détruit, ni ne dévore, ni même n'irrite en rien le poil, s'il n'envahit ses gaines, ou ne fait effraction de ses tuniques.

Si ces éléments figurés, ou d'autres inconnus, ou quelque substance nuisible au poil sécrétée par eux, peuvent être incriminés, ils ne le sauraient être à la manière dont les éléments des teignes véritables agissent sur le poil. Le poil peladique montre des troubles de nutrition pure, il est *sidéré*, *cadavérisé*, *atrophié*, mais il ne présente, ni dans ses gaines ni dans ses tuniques, les traces de destruction directe que l'on observe dans la trichophytie, où le parasite est réellement pilivore, ni les altérations complexes, à la fois irritatives et microphytiques, qui appartiennent au poil favique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Sur l'histoire de la mycrophytie peladique, Cf. :

GRUBY. Rech. sur la nature, le siège et le développ. du *Porrigo decalvans* ou Phyto-alopécie. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, Paris, 1843, t. XVII, p. 301.

CH. ROBIN — *Thèse de doctorat ès sciences*, Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants, in-8°, Paris, 1847; 1853, Histoire naturelle

Les poils et les cheveux qui tombent paraissent atrophiés dans leur partie radicale, et cassés au-dessus du bulbe. Rindfleisch seul a admis que le poil à ce niveau présente un boursoufflement en forme de nœud,

---

des végétaux parasites, etc., — reconnaissait avoir vérifié une partie des faits annoncés par Gruby. Sa négation du microsporon d'Audouin date de la onzième édition du dictionnaire de Nysten.

En 1858, pl. VII (A) de la seconde édition de son Atlas, Hebra admettait l'existence, dans l'alopécie en aires, du parasite de Audouin, mais il le rejeta peu après, pour adopter la théorie de l'atrophie simple par action nerveuse. Bazin, tout en reconnaissant, 1862, que « la plus grande partie du mémoire de Gruby n'était qu'un roman », avait gardé le microphyte d'Audouin pour son usage personnel, et il en avait fait deux variétés, l'une propre à la teigne achromateuse, l'autre propre à la teigne décalvante, 1853-1858 ; en 1862, il réunisssait ces deux formes cliniques et microphytiques en une seule sous le nom commun de *pelade;* et enfin en 1873, dans l'article Microsporon du *Dict. encyclop.*, il les séparait de nouveau, limitant le *microsporon* à la pelade achromateuse, et créant, pour la pelade décalvante, le *trichophyton decalvans*.

Rollet, *Annuaire syph. et cut.*, 1859, p. 342, *cit.* Horand. — Gintrac, 1859, Cours de clin. et de pathol. int., t. V. — Rindfleisch, Area Celsi, Hist. stud., in *Arch. f. Derm. und Syph.*, 4 Heft, 1869, p. 403 et pl. IV. — Purdon, *Journ. of. cut. and v. dis.*, 1870. — Duhring, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1870. — Bergeron, Vidal, etc., *Bullet. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1874, p. 54, 55, 56. — Horand, Considér. sur la nat. et le trait. de la pelade, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, t. VI, 1874-75, p. 408, et t. VII, 1875-76, p. 5. — Malassez, Note sur le champignon de la pelade, in *Arch. de Physiol. norm. et Path.*, 1874, p. 203. — Courrèges, Étude de la pelade, *Thèse de doctorat*, Paris, 1874. — C. Lailler, Leç. clin. sur les teignes, 1878. — Leturc, Sur la nat. et le trait. de la pelade. *Thèse de Paris*, 1878. — Eichhorst, Beob., u. Alop. ar., Wirchow's *Archiv.*, 1879, trad. franç. par Doyon, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. I, 1880. — Quinquaud, *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1879. — P. Merklen, De la Pelade, *Ann. de Derm.*, etc., 1880, p. 260. — E. Vidal. Des pelades, in *Gaz. des Hôp.*, 1879. — Fournier, *ibidem*, Leçons sur les alopécies, 1879. — Thin, *On bacterium decalvans, an organism associated with the destruction of the hair* in alopecia areata, *Proced. of the Roy. Soc.*, 1881, et *British med. Journ.*, 1882. — Majocchi, *Congrès de Modène*, 1882, cit. Feulard. — Celso Pellizari, 3 microfiti dell' epidermide normale in raporto coll area Celsi, in *Bolletino della Soc. tra i cult. de Sc. med. in Siena*, 1884. Anal. franç., par A. Siredey, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 586. — Bizzozero, S. microf. d. épid. norm., *Gaz. di Osp.*, 1884. — Balzer et Dubreuilh, Observ. et rech. sur l'érythrasma et sur les parasites de la peau à l'état normal, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 597 et 661. — V. Sehlen, zur Ætiol. der Alop. areata, Wirchow's *Archiv.* 1885 et *Congrès méd. de Strasbourg*, anal. franç., par Doyon, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, 1886, t. VIII. — Thin, Alop. areata und Bact. decalv. mit besonderer Berücks, d. Untersuch. von Dr v. Sehlen, in *Monat. f. prakt. Dermat.*, 1885. — H. Feulard, *Teignes et Teigneux*, Paris, 1886, p. 214. — J. Schütz, Beitr. z. Ætiol. und sympt. d. Alop. ar., *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1887, n° 3. — E. Chambard, article *Pelade* du *Dict. encyclop.*, 1886. — A.-R. Robinson, *Congrès de Washington*. Pathol. und Therap. der Alop. ar. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1888, nos 9 et sq. — A. Plattner, *Wesen und Ursache der Alopecia areata*. Inaugural-Dissertation. Chur. 1890.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

auquel il attribue théoriquement la cassure qui se produit en ce point (1).

Aucune lésion visible n'existant dans les tissus, et comme nous ne connaissons absolument pas d'autre cause de la maladie, nous sommes forcés de supposer que l'alopécie en aires est le résultat d'un trouble trophique (tropho-névrose) (2), dont la cause éloignée est tout à fait obscure, puisque les personnes qui en sont atteintes ne souffrent d'aucun trouble nutritif ou fonctionnel d'un autre genre.

---

(1) Les lésions des poils peladiques sont, ou athrepsiques, ou nécrosiques, ainsi que nous l'avons établi plus haut; tous les caractères constatés, y compris le pointillé brun ou noir le long du canal médullaire, disparition de la moelle, infiltrations de bulles d'air, etc., etc., sont du même ordre, vitaux, nécrobiotiques, et sans aucun élément microphytique.

Dans les variétés à cheveux fragiles, où la nécrobiose a été subite, le poil toujours fragmenté en courts tronçons est plutôt hyperpigmenté, et semble plus volumineux; il n'y a ni bulles d'air, ni destruction de la moelle; le poil n'a pas de renflements, et son extrémité de cassure n'est pas pénicillée. Il conserve toute sa consistance, et ne s'écrase ni entre les mors de la pince, ni sous la lamelle couvre-objet, caractères pratiques faciles à constater, et que nous avons montrés être suffisants pour distinguer aisément, avec sûreté, et immédiatement, le poil peladique pigmenté, du gros poil noir trichophytique infiltré de spores, avec lequel il a été très souvent confondu en raison de sa couleur, de son volume, et de sa brisure à peu de distance de la peau.

Ces deux espèces de lésions du cheveu ne sont ni différentes par la nature, ni successives dans le cycle; ce sont simplement des variétés d'un même processus nécrosique et athrepsique; elles coexistent souvent sur une même plaque, ou coïncident sur un même sujet.

Dans toutes les pelades, le poil subit une *altération de nutrition*, laquelle ne peut dériver que d'une altération matérielle ou fonctionnelle *de la papille*. Un poil, *une fois produit*, peut être *altéré* par un trichophyte, comme dans la teigne tondante, mais il ne peut pas être *atrophié*; l'atrophie est une action *vitale* qui ne peut pas provenir d'une action directe sur le poil proprement dit.

Ce n'est donc pas dans le poil que réside, pour nous, le parasite, l'agent nocif quelconque, la lésion essentielle, ni le trouble de fonction — les altérations du poil sont indirectes, terminales, ultimes — mais dans l'appareil folliculaire, — éléments cellulaires piligènes, vaisseaux sanguins, espaces lymphatiques, nerfs épidermiques — Dans cette direction, on peut donner *partiellement* raison à ROBINSON — *Congrès de Washington*, 1887 — en ce sens qu'il a éliminé le poil de la recherche directe des altérations primitives, et porté son attention sur les lésions du chorion.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Le terme de « *trophonévrose* » n'est pas tout à fait applicable ici : nous nous bornerons à dire *dystrophie pilaire;* la théorie de la névrose ou de la névrite périphérique n'est pas ici en situation. Dans un cas de pelade, on trouve tantôt ces nerfs altérés, tantôt intacts — voy. LELOIR, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1888, p. 490. E. B. — A. D.

Neumann a fait remarquer, avec raison, qu'outre la chute des cheveux, on a observé parfois aussi, dans l'alopécie en aires, un autre trouble de nutrition de cette partie de la peau, c'est-à-dire de l'achromotose. Ceci se voit tout particulièrement sur les aires qui se trouvent dans la barbe, car la peau environnante a ici, habituellement, une coloration normale plus foncée. L'affection se montre en égale proportion chez des sujets jeunes ou adultes (1) de l'un et de l'autre sexe; rien ne permet de la regarder comme étant contagieuse (2).

---

(1) La pelade est plus commune chez les jeunes sujets des deux sexes que chez les adultes; elle est plus répandue chez ceux qui fréquentent les asiles et les écoles. — A notre observation, elle est plus fréquente chez l'homme adulte que chez la femme; elle devient rare, dans la vieillesse, comme elle l'est dans la première enfance. E. B. — A. D.

(2) La négation systématique de la contagiosité des alopécies en aires, de la pelade, ne saurait prévaloir contre la réalité des faits, et quand cette négation *s'aggrave* de suppositions semblables à celle d'Ed. Lesser — *Lehrb. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten*, première part. Hautkrankh., 4e édit. p. 177, 178 — qui écrit: « la pelade n'est pas contagieuse — « nicht ansteckend » et les conclusions contraires s'expliquent *le plus souvent* par des confusions avec l'herpès tensurant », — nous n'avons plus qu'à en appeler à tous les dermatologistes, et à protester au nom de la science.

Les auteurs qui formulent ces négations n'ont pas pris la peine de lire les relations françaises des épidémies de pelade dans les écoles, les collèges, les régiments, ni la relation des faits que le professeur Hardy, et nous-mêmes, avons portés à plusieurs reprises, à la tribune de l'Académie de médecine. — *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1887.

Nous ne supposons pas que, quand nous parlons de pelade, quelqu'un mette en doute notre diagnostic. — Or nous affirmons, et nous avons souvent établi publiquement que la pelade se transmet du serviteur au maître et réciproquement, de la maîtresse à l'amant ou de la femme au mari, du coiffeur au client et réciproquement, des parents aux enfants et réciproquement, de l'enfant à sa classe ou de la classe à l'enfant, du régiment au soldat, du malade au médecin, et aux élèves, en particulier à ceux de l'hôpital Saint-Louis qui en conservent, sans lacune, la regrettable tradition, etc., etc.

Tous les médecins qui enseignent aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis, aussi bien que ceux qui y ayant vieilli en sont sortis après un long séjour, à l'exception d'Ollivier qui n'y a séjourné que peu d'années, tous considèrent, du fait de l'observation clinique, que la pelade ordinaire, commune, vulgaire, celle qu'on rencontre partout dans les centres d'agglomérations, écoles primaires, asiles, ouvroirs, ateliers, couvents, pensions, collèges — Cf. P. L. Tommasoli, s. nat. d. Alop. ar., *Bollet. d. Soc. t. i. cult. di Sc. med.*, Anno IV, n° 10, — écoles supérieures, casernements, etc., peut se transmettre de l'individu malade à l'individu sain, c'est-à-dire être contagieuse.

Indépendamment des faits directs, n'avons-nous pas établi jusqu'à la

Dans un beau travail expérimental, Max. Joseph a récemment décrit une calvitie en forme de disques caractérisée par la chute des poils sur

---

dernière évidence — voy. E. Besnier, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1887 — sur des faits multipliés, que la pelade, se trouve, par la plupart de ses caractères, dans les conditions générales *des teignes* — fréquence — variations selon les temps et les lieux — foyers — facilité avec laquelle on supprime ces foyers en employant les mesures de prophylaxie commune à toutes les teignes — inégalité de sa répartition géographique, régionale, urbaine, etc., etc.

A qui est-il nécessaire de démontrer que tout cela est inconciliable avec la théorie trophonévrotique pure, laquelle, comme toutes les trophonévroses non spécifiques, devrait être ubiquitaire, et aussi commune à Vienne, à Berlin, à Hambourg, à New-York, à Copenhague, etc., etc. qu'à Paris; en France aussi commune dans toutes les localités au prorata du taux de leur population, et, dans une même ville, ou une même armée, être égale dans tous les établissements, les quartiers, les régiments, etc., etc.

La négation de la contagion de la pelade est une phase par laquelle passent la plupart des observateurs qui abordent l'étude de cette maladie, sans tenir compte de l'expérience de leurs devanciers, ou qui basent leur jugement clinique sur des théories expérimentales et sur l'absence de parasite preuve et témoins.

La contagion de la pelade n'est pas une contagion *voyante;* elle n'est pas plus que celle d'aucune autre maladie, ni nécessaire, ni constante; elle ne se fait pas également à toutes ses périodes, et tous les sujets ne sont pas aptes au même degré à la culture de son élément producteur s'ils l'ont reçu. Et comme les faits dans lesquels *on voit* la contagion s'effectuer sont les moins nombreux, quand on n'a pas étudié la maladie sur une assez grande échelle, et qu'on n'a pas su remonter à la source, ou qu'on n'a pas pu (ce qui est très fréquent), on se cantonne dans la contemplation des faits négatifs, et l'on arrive à nier.

Mais ces faits négatifs appartiennent à toutes les maladies transmissibles. Sait-on toujours où l'on prend la gale, la phthisie, la coqueluche, ou la rougeole, et toutes ces maladies cessent-elles pour cela d'être con tagieuses ? Les faits négatifs n'ont que deux modes de valeur : l'un absolu, quand ils sont *constants ;* l'autre relatif, quand ils sont *partiels;* or, dans la pelade, ils sont partiels et, à moins de renverser toutes les lois de la philosophie et de la raison, ils ne peuvent démontrer sa non-contagiosité. Ils veulent dire seulement que la contagiosité de cette maladie n'est pas fatale, qu'elle est obscure dans sa source; mais cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas, et ne saurait prévaloir contre les faits positifs qui sont produits.

Dans les consultations hospitalières, surtout pour une ville immense comme Paris, la recherche de la paternité de la pelade est extrêmement laborieuse, et c'est là où l'on peut le plus aisément faire collection de ces faits négatifs.

En réalité, la transmission de la pelade est infiniment *inégale* et *irrégulière*, parfois, elle s'exerce avec une extrême facilité, tandis que, dans

des parties symétriques des oreilles, après une section du deuxième nerf cervical au niveau de la portion périphérique du ganglion intervertébral

---

d'autres circonstances, elle rencontre la plus extrême difficulté : Voici deux enfants atteints de pelade dans une institution des environs de Paris, renvoyés tous les deux dans leur famille respective. L'un d'eux contagionne immédiatement son frère. Mais l'autre enfant? Il a été également restitué à la famille, aucune précaution spéciale, sauf le traitement, n'a été prise, et bien qu'il ait des frères et des sœurs, personne n'a été contaminé dans la maison. Voilà le paradoxe de contagiosité! Mais affirmerez-vous pour cela que ce second cas est vraiment resté stérile? Non, car si le perruquier chez lequel on a mené l'enfant se faire tondre se sert pour le public des objets qu'il vient d'employer pour le peladique, et particulièrement de la tondeuse moderne, et de la brosse banale avec laquelle nos coiffeurs frictionnent si rudement le cuir chevelu de leurs clients, il *pourra infecter un plus ou moins grand nombre de personnes qui n'auront eu aucun rapport direct avec le sujet peladique, et qui ignoreront forcément la source où ils ont pu contracter leur maladie.* Interrogez les individus qui ont exclusivement la pelade de la barbe, et si vous en trouvez qui ne soient pas rasés habituellement par le barbier, ou qui ne l'aient pas été peu avant le développement de la maladie, cherchez avec ténacité dans la famille ou dans les relations, même les plus *dissimulées* du patient, et vous n'aurez pas toujours cherché en vain.

Quelquefois directe, la contagion de la pelade semble le plus souvent être indirecte; les objets de toilette, les ustensiles du coiffeur, les coiffures échangées, les oreillers, traversins, dossiers de meubles, appuis de tête dans les voitures publiques, chez le barbier ou chez le dentiste, etc., voilà les agents de transport du contage peladique les plus habituels.

C'est par le perruquier commun, opérant sans entr'actes sur des séries de sujets, que se transmet le plus souvent la pelade, partout, mais surtout au collège ou au régiment, et cela peut prendre de grandes proportions sous l'action de la coupe mécanique moderne faite à main accélérée, à l'aide de la tondeuse.

Ce fait a été mis en pleine lumière, avec preuve à l'appui, dans l'excellent mémoire de Coustan, médecin-major au 122e d'infanterie : Épidémie de pelade achromateuse observée en 1886 à Montpellier, dont un résumé a été publié dans le numéro du 20 juillet 1887 de *la Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, p. 554. Après avoir exposé, avec les détails nécessaires, le mode d'action de la tondeuse comme agent de transmission contagieuse, Coustan ajoute que tous les *sous-officiers*, et presque tous les *soldats-ordonnances* (au nombre de près de cent), qui se font couper les cheveux, en ville, *aux ciseaux*, n'ont pas eu la pelade.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la vérité sur la contagiosité de la pelade peut être ainsi formulée :

Parmi les alopécies en aires, lesquelles comportent plusieurs *espèces* il en est une, celle qui est la plus commune, que l'on observe plus fré-

chez des chats et des lapins. Il faut, il est vrai, ne voir dans ce fait expérimental qu'une simple analogie avec l'alopécie en aires; il mérite, toutefois, d'être pris en considération (1).

---

quemment en certains pays qu'en d'autres, et à Paris avec une fréquence extrême, la pelade ou alopécie en aires commune, est transmissible par contact, ou par voie médiate.

Cette contagion ne s'opère pas dans tous les cas où ont lieu ces contacts médiats ou directs, et dans un grand nombre de cas où ils ont existé, il est impossible d'en trouver la trace, et d'en faire la preuve. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il est excellent de rendre justice aux très belles expériences de Max. Joseph — Beitr. z. Lehre v. d. trophischen Nerven, VIRCHOW's Arch. Bd. 107, S. 130, et für Aetiologie der Alop. ar., *Centralbl. f. d. med. Wissenschaften*, 1886, n° 2; de V. MIBELLI, Ricerche sperim. s. étiol. d. Alop. ar., Comm. prevent., *Bollet. d. Soc. t. i. cult. d. Sc. med. di Siena*, 1887, n° 2; et S. Pathogenesi d. Alop. ar., Stud. crit. sperim., Mem. pr. a. R. Acad. d. Fisiocrit. di Siena, *Giorn. ital. d. Mal. ven. e. d. Pelle*, Fas. IV, Dic. 1888 — et à la très belle observation clinique (quoique très discutable) de E. PONTOPPIDAN — Ein Fall. v. Alop. ar. nach Operation am Halse, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. VIII, n° 2 — dans laquelle on voit une alopécie selon le type de Max. Joseph, survenir à la suite d'un *traumatisme chirurgical des nerfs cervicaux supérieurs.*

On ne saurait méconnaître, non plus, tout l'intérêt que présentent les observations cliniques dans lesquelles on voit se produire des alopécies en même temps que d'autres dystrophies cutanées : Cf. SENATOR, Combination von Alop. ar. und Vitiligo, *Charité Annalen*, 1889, t. XIV, p. 341 et suiv.; ROSENTHAL, Ueber einen Fall von partiellen Sklerod. mit Uebergang in halbseitige Gesischsatrophie comb. m. Alop. ar., *Berliner klin. Wochensch.* 1889, n° 34; SCHÜTZ, Sex Fälle von Alop. neur. *Münchener. mediz. Wochenschr.*, n° 19.

Mais toutes ces expériences, et toutes ces observations, restent particularisées, et en fait, n'éclairent pas plus directement le mécanisme intime ni la condition pathogénique vraie *de la pelade commune*, que la découverte de la glycosurie expérimentale par piqûre du quatrième ventricule, etc., n'a éclairé l'histoire clinique et thérapeutique du diabète sucré.

Il y a des alopécies, expérimentales, chirurgicales, traumatiques; mais celles-là *ne sont pas* la *pelade*, l'*alopécie en aires commune*, qui pullule dans nos écoles, et accidentellement dans nos régiments, celle qu'il s'agit précisément d'élucider.

Il faut, sur ce point, une explication entière; la pelade commune comporte une atrophie, ou une sidération du poil, qui impliquent *ipso facto* l'action nerveuse *dans le mode instrumental* de l'alopécie, mais cela ne rend en aucune manière forcé le fait d'une lésion centrale, ni d'un traumatisme préalable.

A la manière de toutes les dystrophies, les lésions atrophiques et athrepsiques qui rendent le poil caduc peuvent avoir une pathogénie

La thérapeutique manque, à l'égard de cette maladie, de toute base positive et, en tant que empirique, de toute certitude; elle ne peut ni en

---

essentiellement complexe; leur origine peut être dans les centres, sur les troncs, ou à la périphérie; et, dans chacune de ces localisations, la source peut être matérielle, ou la nature fonctionnelle, la cause directe ou indirecte, immédiate, voisine, ou éloignée, transmise de points très divers et quelquefois très distants, réflexe, ou réfléchie.

Une commotion morale, un choc physique, une lésion traumatique ou pathologique; une altération générale de la nutrition comme dans toutes les maladies graves; divers états pathologiques du système nerveux, *tabes*, où nous l'avons vue coïncider avec des lésions unguéales — Cf. ARNOZAN, Chute spontanée des ongles aux mains et aux pieds; Pelade de la barbe et des phalangines, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1888, *Journal de médecine de Bordeaux*, 501; 22 juillet 1888, p. 508, De la maladie de Basedow, etc., — diverses diathèses comme la syphilis; des lésions dystrophiques pures comme celles de la morphée; peut-être enfin des irritations directes ou réflexes de la papille pilaire par des parasites inconnus, comme dans la pelade, ou par des parasites connus comme dans certaines teignes parasitaires; tout cela, par des voies et des moyens extrêmement variés, peut réaliser un même phénomène, à savoir, la sidération de la papille nerveuse, l'altération, la suspension ou la destruction de sa fonction.

C'est toujours là où il faut en venir, et, loin de contester la nature nerveuse, ou névrotrophique, de ces alopécies, nous proclamons au contraire qu'il serait absolument impossible de les comprendre sans l'intervention du système nerveux. Dans chacune d'elles, en effet, et dans la pelade en particulier, il n'y a pas d'autres lésions que des lésions trophopathiques (pour employer le terme créé par ALIBERT).

Cela dit, et étant admis que la nervosité du sujet peut être une *condition prédisposante* au développement de la pelade, c'est sortir de l'observation scientifique que de conclure *toujours* du fait d'une émotion morale préexistante, ou d'un traumatisme, à la certitude que l'alopécie en *résulte* directement. L'observation, facile à multiplier, montre au contraire que, dans la pelade vulgaire, la plus commune, cette condition nerveuse propre au sujet, ou accidentelle, n'est ni nécessaire, ni constante, comme elle le devrait être si elle était univoque. L'enquête attentive que nous poursuivons publiquement depuis un grand nombre d'années sur toutes les catégories de pelades, établit que, dans la grande majorité des cas, la nervosité du sujet mise à part, aucun choc physique ou moral de valeur réelle n'est observé, et que la même étiologie banale pourrait être recueillie pour toutes les *teignes*.

Si l'on considère, enfin, que les affections douloureuses ou névrosiques si variées (même les plus intenses) qui frappent les parties pilaires de la tête ; que les maladies mentales et nerveuses, qui envahissent aujourd'hui la pathologie par tous les côtés à la fois, existent dans l'immense majorité des cas sans léser le système pilotrophique ; que la pelade n'est, en fait, qu'une très rare exception au milieu des traumatismes sans nombre qui attaquent le cuir chevelu, on comprendra com-

abréger la durée, ni empêcher qu'elle éclate sur un nouveau point (1).

Il faut prescrire des applications de liquides irritants, alcooliques ou éthérés, mélangés à de petites quantités d'acide phénique, de teinture d'aconit, de cantharides, de piment, de vératrine, d'huile de

---

bien il est peu absolu de conclure, *ipso facto*, de la préexistence ou de la coexistence de lésions physiques ou de commotions morales, à la production de toutes pièces des affections peladiques communes que l'on rencontre à chaque pas.

Pour les alopécies que l'on déclare être nerveuses pures, par cela seulement qu'elles ont été constatées *immédiatement* après un choc nerveux, on a oublié de remarquer que, si le poil avait été *réellement* séparé *subitement* de la papille, il serait comme un poil arraché, et ne devrait pas présenter les lésions athrepsiques que nous avons décrites, lesquelles, bien qu'à marche aiguë, ne peuvent cependant pas être *instantanées*. Nous récusons d'avance toute observation de pelade nerveuse instantanée, ou très rapide, dans laquelle on n'aura pas déterminé l'état histologique du poil, et établi correctement la réalité des choses.

En fait, la contradiction, au premier abord si flagrante, qui existe entre ceux qui ne voient dans la pelade que la cause nerveuse et ceux qui y joignent la condition d'un agent extrinsèque de contagion, est plus apparente que réelle, et la croyance à un certain rôle du système nerveux n'exclut pas plus l'action d'un agent transmissible qu'elle ne le fait dans la rage, par exemple, où la nervosité accidentelle, ou habituelle, du sujet a une importance égale, sinon supérieure.

Ramenée à ces proportions, l'action du système nerveux dans les alopécies en aires apparaît à sa place réelle. Tantôt, expérimentalement ou accidentellement, les lésions des centres, des ganglions, du chorion et peut-être de la papille, déterminent des alopécies figurées ou non; mais ces altérations ne sont pas nécessaires à la production de la forme typique de la pelade, qui peut se produire sans elles.

La cause réelle, l'agent provocateur, et son lieu d'application dans la pelade commune sont entièrement inconnus.

Mais la certitude de la contagiosité de la maladie implique l'existence d'un agent spécifique que l'on doit rechercher non dans le poil ni dans l'épiderme ou le derme vagues, mais dans l'appareil vasculaire ou nerveux de la papille pilaire.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce jugement sommaire, cette exécution, s'appliquent seulement *aux cas rebelles* — lesquels existent dans la pelade comme dans la plus vulgaire des maladies, le psoriasis, par exemple — et non à l'ensemble des faits. Il est possible que ces faits malheureux prédominent aux yeux des observateurs qui ne sont pas en face de grands foyers de la maladie, mais nous pouvons affirmer que nulle part ils ne sont la majorité. Dans un grand nombre de cas, la maladie est certainement aidée dans sa marche vers la guérison par un traitement méthodique.

Enfin il y a une prophylaxie publique et privée, que nous allons exposer à la fin de la note suivante.

E. B. — A. D.

macis, de sublimé, de pilocarpine, de vésicatoires (Vidal), de sel de cuisine (Michelson), des injections sous-cutanées de muriate de pilocarpine 0,2 sur 20, avec un régime général fortifiant et une médication tonique; on peut avoir également recours à l'électricité. Les antimycosiques: phénol, sublimé, agissent ici de la même manière que les irritants.

Il est bon d'arracher les cheveux qui ont perdu leur adhérence. Le temps du reste agit évidemment plus et mieux que tout ce que l'on peut faire (1).

---

(1) Nous nous inscrivons contre cette proposition. Si le temps est un grand maître dans le traitement de la pelade comme dans bon nombre d'autres maladies, il n'en est aucune dans laquelle le temps ne puisse être aidé par un médecin attentif et judicieux; et il appartient à ceux à qui les circonstances ont permis d'observer la maladie longtemps, et sur une grande échelle, de faire part à leurs confrères du résultat de leur expérience.

La pelade a une *médication générale*, un *traitement local* et une *prophylaxie* : nous allons les indiquer le plus brièvement possible.

I. *Médication générale.* — Quelle qu'ait été la cause, et quelle que soit la raison de l'état pathologique de la papille pilaire qui ait amené et qui maintienne l'athrepsie, l'atrophie, la nécrose pilaires, ces lésions, une fois produites, peuvent être aggravées, prolongées par des conditions générales propres à l'individu malade ou, au contraire, atténuées, et préparées à la réparation, par les conditions personnelles du sujet atteint, c'est-à-dire que, bien qu'il n'y ait ni médication ni médicament spécifiques de la pelade, il y a, dans toutes les espèces d'alopécie en aire, des *malades* à traiter conformément aux règles générales de la thérapeutique rationnelle.

Sur ce point, on ne saurait trop louer Duncan Bulkley — *A clin. study on alop. ar. and its treatment*, *The med. Record*, 1889 — d'avoir traité cette question en véritable médecin, en recommandant de diriger, avec le plus grand soin, l'alimentation et la médication des peladiques, dans le but de leur fournir des matériaux réparateurs, et en les mettant dans les meilleures conditions hygiéniques — aération, séjour au bord de la mer, etc.; aliments phosphatés et phosphorés; huile de morue, strychnine, etc.

Ce que nous recommandons avant tout, c'est de n'avoir pas de système; d'examiner avec l'attention suffisante chaque malade en particulier, et de régler son hygiène, son alimentation, et sa médication selon son âge, sa situation, ses besoins matériels, et les indications tirées de l'état de ses organes et de ses fonctions.

— Améliorer et rectifier les conditions de son hygiène générale — exercice, aération, travail — favoriser la circulation périphérique par la gymnastique, le massage, les frictions quotidiennes, les bains toniques, sulfureux, l'hydrothérapie, thermale, athermale selon les cas.

A titre général, nous n'avons que bien rarement vu les peladiques bénéficier de l'hydrothérapie hypothermale, localisée ou à distance. Les douches sulfureuses chaudes, les eaux minérales sulfureuses, toni-

Suite de la note des Traducteurs.

ques, de Luchon, Cauterets, Uriage, arsenicales (la Bourboule), etc., en France, et les eaux analogues de tous les pays, les eaux salines, ferrugineuses, les cures d'air, la suroxigénation, agissent toujours favorablement.

Régler son alimentation et sa médication sur l'état de son type personnel, en tenant compte de la composition de ses éliminations rénales, de sa situation d'anémie, de nervosité, etc.

Employer, selon ses conditions particulières, les agents de la médication tonique, analeptique, excitante, ou calmante — huile de morue, fer, quinquina, arsenic, phosphore, strychnine, soufre, etc. Tout cela, réglé dans les conditions d'une médication qui doit se prolonger durant des mois, et quelquefois pendant des années.

II. *Traitement local.* — Le lecteur, qui sait les divergences extrêmes qui séparent les auteurs au sujet de la nature de la pelade, pourrait croire que des médications très variées sont logiquement déduites de ces convictions théoriques. Il n'en est rien : en fait, c'est dans la *médication excitante directe* que, sous les formes les plus variées, se résume en principe le traitement local des alopécies en aires, et cela de toute antiquité. A la vérité, depuis Bazin, quelques auteurs choisissent, pour les applications irritantes, des agents supposés parasiticides, mais ils n'ont pas pris garde que ces « parasiticides » n'agissaient qu'à doses très élevées — solutions alcooliques, ou alcoolisées, de deutochlorure et de deutoiodure de mercure, dosées de 1 à 5 pour 100 — et alors *irritantes.* Pendant plusieurs années, dans notre policlinique de l'hôpital Saint-Louis, qui comprend en permanence un *très grand nombre* de peladiques, nous avons systématiquement exclu du traitement de l'alopécie en aires tout agent dit « parasiticide » et, au premier rang, le mercure; et rien n'a été changé à la durée quelquefois très courte, d'autres fois très longue, de l'atrichie dans cette maladie. Si c'était réellement l'agent dit « parasiticide » qui faisait tous les frais de la guérison, ce n'est pas en solution que l'on devrait l'employer, mais en friction à l'aide des graisses, seul moyen assuré de le faire pénétrer profondément, à doses massives, dans les tissus sans les irriter nécessairement; or, chacun sait que les frictions mercurielles seraient un détestable moyen de traiter l'atrichie peladique.

Nous reprendrons ce sujet plus à fond, à propos du traitement du favus et de la trichophytie.

Voici maintenant, en aussi peu de mots que possible, la conduite à tenir dans les cas particuliers :

A. *Cas le plus simple : Il n'y a sur toute la tête, qu'une plaque de pelade* : — 1° Si le malade est un homme ou un enfant, il faut tenir les cheveux coupés ras, et maintenus ras, aux ciseaux, seul moyen de faire ce traitement commodément et sûrement, et le seul qui permettra la surveillance exacte. Chez quelques malades, il est impossible de l'exiger parce que, pour des raisons diverses, il leur est nécessaire de conserver les cheveux longs pour *dissimuler* la partie malade. On peut, parfai-

Suite de la note des Traducteurs.

tement, obtenir la guérison dans ces conditions ; mais on ne se trouve plus dans les conditions de facilité d'exécution et de sécurité que nous venons d'indiquer.

Si les cheveux ne peuvent pas être coupés, nous considérons comme fort important d'établir *alentour* de la plaque chauve, dans les cheveux sains, une *zone tonsurée aux ciseaux*, que nous faisons entretenir jusqu'à réparation entière de la plaque.

Si la partie alopéciée — ce qui est fort rare — est entourée par des poils solides, que l'examen microscopique détermine normaux, il n'est pas nécessaire de prendre d'autres mesures. Mais si, — ce qui est la règle, — dans l'étendue de un ou de deux centimètres autour de la partie dénudée, il y a des cheveux peladiques, cassés, cassants, venant à la moindre traction, nous prescrivons expressément de faire l'*épilation de cette zone périphérique — zone de protection* — jusqu'à ce que la pince de l'épileur rencontre des cheveux solides, résistant à la traction. Cette bordure d'épilation faite, il est exceptionnel que la plaque chauve s'agrandisse ultérieurement. Si l'avulsion des poils de la bordure n'a pas été faite avec toute l'attention voulue, on peut voir de petites dénudations partielles former, à la périphérie, des centres alopéciques nouveaux, et faire une encoche sur la partie saine; pour réparer l'omission, il suffit alors de faire une nouvelle épilation autour de ces points.

Enfin, pour assurer la sécurité de cette bordure — *zone de surveillance* — tous les deux ou trois jours nous la faisons *éplucher* à la pince — c'est-à-dire opérer de *faibles* tractions sur les poils courts pris dans la pince par bouquets. — Il est rare que l'instrument ne ramène pas quelques cheveux atrophiés, ou en voie de mue, caducs, ou décollés.

Sur la plaque alopécique, et sur la zone de surveillance, nous faisons tenir les cheveux sans cesse coupés ras, les follets de repousse, aussi bien que les poils solides de la périphérie.

Ces préliminaires établis, on peut commencer avec méthode, et dans les conditions favorables, l'application des médicaments locaux destinés, suivant la théorie, à détruire l'agent parasitaire, ou à exciter la fonction pilaire suspendue.

Tout topique irritant capable de déterminer une congestion légère du derme, et une épidermite du type de la rubéfaction eczématique ou, au plus, de la vésication simple, peut être employé indifféremment. Nous avons parcouru la série entière de la matière médicale locale, et nous pouvons parler sur ce point avec une entière connaissance de cause. Quelques auteurs prétendent que tel ou tel agent réussit plus rapidement qu'un autre, sans tenir compte de ce fait que le jugement du *temps* nécessaire à la guérison d'une pelade est très difficile à porter. Tout au plus, pourrait-on soutenir que les agents les plus énergiques sont les plus rapidement piligènes; mais cela, encore, sous la réserve des cas particuliers, et en se rappelant que beaucoup de guérisons sont *spontanées*, et d'autre part que, chez certains sujets, à une période déterminée de la maladie, et dans quelques cas, qu'ils soient modérés ou violents, tous les topiques échouent également.

Suite de la note des Traducteurs.

Mais il demeure bien entendu que les *irritants* dont nous parlons restent dans la mesure des *rubéfiants* ou des *vésicants*, et nous proscrivons, pour avoir trop souvent constaté les résultats fâcheux que leur emploi, fait contre notre avis, avait amenés, tous les topiques capables de produire la folliculite pustuleuse, et notamment l'huile de croton, la pommade au tartre stibé, etc., lesquelles entre des mains inexpérimentées, et chez certains sujets, amènent, à coup sûr, des alopécies irremédiables.

L'application des topiques irritants variera nécessairement selon qu'elle doit être laissée à l'exécution du malade, ou faite par le médecin lui-même.

Si elle est laissée à l'exécution du malade, on peut avoir recours aux emplâtres rubéfiants, tels que l'*emplâtre de thapsia*, appliqué jusqu'à rubéfaction légère, et renouvelé aussitôt que la desquamation consécutive est effectuée. Ce moyen fort simple est excellent pour les plaques discrètes ; mais *il ne doit pas* être employé sur de très grandes surfaces à cause des irritations de voisinage qu'il peut alors produire.

Dans le cas où le malade fait lui-même son traitement, nous prescrivons habituellement de faire chaque matin, sur les plaques chauves et sur la zone tonsurée alentour, une friction légère avec une boulette de coton imprégnée de quelques gouttes du liniment suivant :

Hydrate de chloral.	5 grammes.
Éther officinal	25 —
Acide acétique cristallisant.	de 1 à 5 gr.

On obtient, par ce moyen, une rubéfaction légère qui ne risque jamais être trop énergique, et que l'on peut exercer tous les jours, ou tous les deux, trois, ou quatre jours.

Si l'action est insuffisante, on élève suivant les cas, pour la même formule, la dose d'acide acétique cristallisant à 2 ou à 3 grammes, et l'on a alors atteint, à ce dernier chiffre, la limite d'énergie du liniment à confier à l'application du malade.

La vésication à l'aide de l'*ammoniaque liquide*, que l'on peut faire extemporanément, ou la vésication à l'aide des emplâtres vésicants ordinaires, ou des teintures vésicantes — VIDAL, *Bulletin de la Société de thérapeutique*, *Paris*, 1883, — de la teinture acétique de cantharides de Bidet — constitue assurément une médication très active que VIDAL préconise depuis près de trente ans. Après l'avoir employée, sur une très large échelle, nous ne l'appliquons plus maintenant qu'à certains cas particuliers, par cette raison que, pour les pelades à aires petites et peu nombreuses elle n'est pas indispensable, et que sur les surfaces dénudées étendues, elle ne peut être appliquée, sans inconvénients, que fractionnellement; et aussi pour éviter les accidents locaux ou autres de la vésication cantharidienne, et particulièrement, les épidermites trop actives, les suintements concrescibles, et les adénopathies de voisinage, surtout chez les enfants. Ces réserves, nous le répétons, s'appliquent surtout aux cas dans lesquels le médecin n'a pas la surveil-

Suite de la note des Traducteurs.

lance entière et quotidienne des patients, ce qui est l'ordinaire en dehors de l'hôpital.

Hallopeau — De la nature de la pelade, et des antiseptiques propres à son traitement, *Congrès de Paris*, 1889 — après avoir préconisé le traitement par la vésication faite à l'aide de la teinture de Bidet, suppose que l'action de l'acide acétique, que nous employons sous des formes et à des doses variées, est moins active. Notre observation ne justifie pas cette proposition, la repullulation du poil est activée aussi énergiquement que possible par l'acide acétique ; la teinture vésicante de Bidet est essentiellement *acétique*, ce qui rapproche singulièrement les deux médications.

C'est quand il faut agir énergiquement, et au début du traitement, que nous préconisons particulièrement les badigeonnages des parties alopéciques avec l'acide acétique qui, employé pur, constitue un moyen d'action *douloureux*, mais *très énergique. Jamais nous ne mettons cet agent entre les mains des malades;* nous réservons son emploi pour les cas *rebelles*, nous l'appliquons alors *pur*, à l'aide d'une boulette de coton ou d'un pinceau de charpie bien étanché, en évitant le *coulage* sur les parties voisines. La surface badigeonnée prend rapidement une teinte blanc d'argent, en même temps que la périphérie se congestionne vivement ; la douleur, très variable selon les sujets, est toujours vive et se prolonge quelquefois dans la journée. Les jours suivants, il se produit une épidermite exfoliante, quelquefois exsudative, dont la durée dépasse celle qui suit la vésication simple, et dont l'action peut être considérée comme se prolongeant en moyenne pendant deux semaines. L'application faite, le malade peut rester pendant ces deux semaines sans avoir à s'occuper du traitement local. L'acide acétique est donc un excellent moyen d'irritation superficielle dermo-épidermique à employer aux périodes initiales, *surtout dans les policliniques*, où le patient n'a à revenir qu'une ou deux fois par mois. Si le sujet est très jeune, très pusillanime, si la surface à irriter est grande, si il a une grande irritabilité tégumentaire, l'acide acétique peut être étendu, comme nous le faisons chaque jour, au moment de l'application, de chloroforme, d'éther officinal, ou de teinture d'iode, etc. Avec un peu d'habitude, on réalise facilement des agents irritatifs, *gradués*, selon chaque sujet particulier.

Mais dans tous les cas, à dose faible ou forte, en applications quotidiennes ou éloignées, c'est à l'acide acétique que nous donnons la préférence après avoir, nous le répétons, longtemps expérimenté, parce que c'est l'agent dont l'action sur le follicule pileux et sur la fonction pigmentaire est la plus certaine.

Cela dit pour ce qui concerne la plaque alopécique, que faut-il faire pour le reste du cuir chevelu ? Bien à tort, quelques médecins ne formulent aucun précepte à ce sujet.

Il faut une surveillance attentive pour saisir, à leur début, les foyers nouveaux qui peuvent apparaître, et qui apparaissent souvent, car les différents points du cuir chevelu ne sont, en aucune manière, *solidaires*. En même temps que la plaque première guérit, il n'y a rien de si ordi-

Suite de la note des Traducteurs.

naire de voir naître, à côté ou à distance, de nouveaux foyers peladiques. — Dans beaucoup de cas, en outre, on verra que la totalité du système pilaire de la tête est plus ou moins en état d'*imminence morbide* — cheveux caducs, cassants, secs, s'arrachant facilement avec leurs gaines.

Pour toutes ces raisons, nous portons la plus grande attention à l'état du cuir chevelu entier, et, *très ordinairement*, quand la médication est exécutée avec rigueur dès l'apparition de la première plaque, il ne s'en développe pas de nouvelles.

Quand les cheveux ont pu être coupés ras, *chaque matin*, nous faisons laver la tête à l'eau chaude à l'aide d'un savon de goudron, d'ichthyol, de naphtol, etc., et faire ensuite une friction rapide générale avec une petite quantité d'un liniment alcoolique faible, tel que :

Alcoolat de lavande	125 grammes.
Salol ou acide salicylique	0 gr. 05 à 0 gr. 50.

Cette friction, chez les sujets qui ont, à la suite des applications précédentes, le cuir chevelu squamulaire et les cheveux secs, est suivie d'une friction huileuse légère, selon le type des formules de Lassar :

Huile de ricin, de pied de bœuf, etc. .	100 grammes.
Salol ou acide salicylique	de 0 gr. 25 à 1 gr.
Teinture de benjoin, baume du Pérou, etc.	q. s. p. aromatiser.

Dans les cas les plus ordinaires, nous faisons frictionner la peau de la tête, *tous les soirs*, avec une petite quantité de la pommade suivante :

Baume du Pérou, acide salicylique et résorcine . . . . *ââ*	1 gramme.
Soufre précipité	10 grammes.
Lanoline et vaseline. . . . . *ââ*	50 —

Chez les sujets hyperidrosiques, hyperstéatosiques, pendant la saison chaude, au lieu de l'onction précédente, nous prescrivons une friction avec la poudre d'amidon simple, ou additionnée de 1 à 5 p. 100 de soufre précipité, d'aristol, de salol, de salicylate de bismuth, etc.

Pour les malades qui n'ont pas pu, ou qui n'ont pas voulu, couper leurs cheveux, ces moyens ne peuvent être que rarement appliqués tous les jours; on les met alors en usage le plus souvent possible selon les cas, ou selon la saison, mais toujours au moins une ou deux fois par semaine.

B. *Il y a sur la tête plusieurs plaques de pelade; elle en est couverte; elle est entièrement dénudée.*

1° *Il y a plusieurs plaques de pelade.* — La conduite à tenir est la même que dans le cas précédent; il faut insister davantage pour que le malade

Suite de la note des Traducteurs.

coupe ses cheveux, et les maintienne ras pendant la durée du traitement.

On peut dissimuler à peu près les plaques alopéciques, en les colorant avec le noir de fumée, l'encre de Chine, les cosmétiques noirs, et même au besoin les solutions faibles de nitrate d'argent cristallisé; il est quelquefois possible de les dissimuler complètement en collant à leur surface des rondelles garnies de cheveux de même nuance, dont l'adhérence est facilement maintenue à l'aide de la poix à perruques. Ces diverses applications ne mettent pas obstacle à la curation.

2° *La tête est couverte de plaques alopéciques.* — Chez l'homme ou chez la femme, la coupe des cheveux est devenue obligatoire. On fera, pour chaque plaque, le traitement indiqué plus haut pour une aire en particulier. Les surfaces alopéciques seront soumises successivement à l'action des irritants adoptés, dont le titre sera gradué selon la tolérance particulière, et toujours maintenue selon ce principe que, *pendant toute la durée du traitement, on doit entretenir à leur niveau une irritation légère, mais permanente.* Pour la bordure des plaques, les îlots de cheveux restés indemnes, on se comportera comme nous avons dit plus haut.

Dans la plupart de ces cas, le malade est obligé de porter, pendant le jour, une perruque complète; nous recommandons expressément qu'elle soit aussi légère que possible, tenue très propre, et posée non pas directement sur la peau, mais sur une petite coiffe de linge fin, et maintenue rigoureusement en état strict de propreté. Les îlots de cheveux préservés devront être toujours, ainsi que les follets de repousse, tondus ras aux ciseaux fins.

3° *La tête est entièrement dénudée.* — Le matin, la tête est savonnée comme ci-dessus à eau chaude, *massée* soigneusement à la main pendant plusieurs minutes, frictionnée *en entier* avec les liniments excitants faibles, *par quartiers quotidiens* si on emploie les liniments forts, et le soir, onctionnée ou frictionnée à la poudre comme il a été expliqué ci-dessus.

La durée de ces cas étant toujours longue, on devra concilier la sévérité du traitement avec les conditions particulières de chaque malade.

Ce sont ceux-là qui réclament le plus activement le concours de la médication locale et de la médication générale.

Ce sont les seuls dans lesquels nous ayons encore quelquefois recours à l'application des *courants continus* faibles, avec les précautions très soigneusement prises pour n'avoir pas d'eschare chimique. Dans aucun cas, l'emploi de l'électricité ne nous a paru avoir une importance réelle dans le traitement des alopécies en général, et de la pelade en particulier; nous n'en déduisons aucune considération sur la nature de la pelade; nous constatons simplement.

C. *La pelade occupe la région velue de la face, ou s'y est étendue.*

Les principes de traitement sont exactement les mêmes que pour le

Suite de la note des Traducteurs.

cuir chevelu, et les modifications à apporter dépendent exclusivement de la région anatomotopographique. De plus, l'irritabilité plus grande de la peau de la face, l'impossibilité de dissimuler les dénudations sans couper toute la barbe, et d'entretenir sur le visage une épidermite active, rendent les applications plus délicates.

Le visage entier doit être lavé, matin et soir, à eau chaude additionnée, pour une demi-cuvette, d'une cuillerée à café d'un alcoolat à volonté, additionné d'une substance légèrement excitante, et aromatique, et même théoriquement antiparasitaire, telle que la suivante :

Salicylate de mercure.	0 gr. 05 à 0 gr. 25 centigr.
Salol	1 à 5 grammes.
Alcoolat aromatique	250 grammes.

Les plaques alopéciques limitées par une bordure d'épilation — que la barbe alentour ait été rasée, ou qu'elle soit conservée — sont frictionnées, tous les matins, avec une boulette de coton imprégnée légèrement d'un liniment faible tel que le suivant :

Hydrate de chloral	De 1 à 4 grammes.
Éther officinal.	25 —
Acide acétique cristallisant .	De 0 gr. 50 cent. à 2 grammes.

Les applications sont réitérées, ou interrompues, selon l'état de la peau, de façon à la maintenir légèrement hyperhémiée et à peine excoriée, surtout s'il s'agit de dénudations étendues, lesquelles ne peuvent que rarement être restaurées avec rapidité.

E. *La pelade est étendue aux membres et au tronc.*

Les bains excitants, sulfureux, sulfosalins, les bains électriques, les frictions excitantes faites avec le gant de crin arrosé d'un liquide approprié :

Alcoolat de Fioravanti.	*ãã* 250 grammes.
Alcoolat de lavande.	
Salol.	5 grammes.

ou selon toute autre formule analogue, constituent la base du traitement local.

F. *L'alopécie est ambiguë, du type des variétés irritatives.*

Dans la première variété de ces alopécies innominées, la médication ordinaire de la pelade, laquelle est surtout excitante, ne convient pas ; l'épilation, les applications irritantes, déterminent un accroissement de la rougeur, des folliculites, ou de l'alopécie. Nous nous sommes mieux trouvé de tenir les cheveux ras aux ciseaux, la tête soigneusement lavée le matin avec un savon d'ichthyol, de goudron ou de naphtol, et de faire, le soir, des onctions avec une petite quantité de vaseline sou-

Suite de la note des Traducteurs

frée ou ichthyolée à 5 p. 100, ou avec une solution alcoolique de sublimé à 1 ou 2 pour 1000.

Dans la seconde variété, celle qui a été plus particulièrement décrite par QUINQUAUD, notre savant collègue recommande les savonnages quotidiens, la lotion faite, chaque matin, sur les *plaques* alopéciques avec une solution de 1 gramme de bichlorure, et de 1 gramme de bi-iodure de mercure pour 60 grammes d'alcool, étendus de 500 grammes d'eau ; la *périphérie* est badigeonnée avec la teinture d'iode.

AUTOPROPHYLAXIE. — PROPHYLAXIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE.

Autoprophylaxie. — Indépendamment du traitement général et des applications locales, dont nous avons donné plus haut l'indication détaillée, les médecins qui croiront, comme nous, que la pelade peut venir du dehors, mettront leurs malades en garde contre l'auto-infection que peuvent faciliter les *objets de toilette*, les *coiffures contaminées.*

La tête doit être lavée *à la main* et au savon, sans éponge ni serviette, à moins que cette dernière ne serve qu'une fois.

Les brosses et peignes doivent être très soigneusement lavés à l'eau ammoniacale pour être dégraissés, puis à l'alcool.

La peau doit être séparée de la perruque par de petites coiffes de toile qui sont lavées à l'eau bouillante chaque jour.

Prophylaxie générale et spéciale. — Malgré les inconnues qui obscurcissent encore la question des alopécies peladiques, la transmissibilité de la maladie soit aux individus, soit aux agglomérations, est basée sur des preuves assez certaines, et elle se réalise assez souvent, pour qu'il soit impossible de ne pas chercher à préserver les sujets sains, que les circonstances obligent à vivre en commun avec les malades.

Voici les principes de cette prophylaxie tels que l'un de nous — E. BESNIER, *Rapport à l'Académie de médecine*, séance du 31 juillet 1888 — les a formulés au nom d'une Commission composée de MM. HARDY, BERGERON, FOURNIER, CORNIL, E. BESNIER, BUCQUOY, OLLIVIER, LE ROY DE MÉRICOURT, VALLIN et VIDAL, et que l'Académie les a adoptés — Cf. pour la discussion de la question en général, C. LAILLER, Instruction concernant la maladie du cuir chevelu chez les enfants, etc. *Revue d'hyg. et de pol. sanit.*, n° 575, 1885 ; A. OLLIVIER, La pelade et l'école, 1er mémoire — *Bullet. Acad. de méd.*, 1887, et *Rev. d'hyg. id.;* 2e mémoire — *Bullet. Acad. de méd.*, déc. 1887, et, *eod. loc.*, 1888, HARDY, E. BESNIER, OLLIVIER, BUCQUOY, etc.

INSTRUCTION PROVISOIRE SUR LES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DES SUJETS ATTEINTS DE PELADE.

I

Mesures de prophylaxie générale.

Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupe, administrations, et généralement

Suite de la note des Traducteurs.

dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

II. — Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade.

Les contacts immédiats seront évités, en maintenant la tête des peladiques couverte, ou au moins en oblitérant exactement la surface malade; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion ou de traumaticine, etc., peuvent être utilisés selon les diverses circonstances.

Sans parler de la thérapeutique à employer, qui doit être laissée à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement soigné et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains avec lesquels il peut être mis en rapport.

Concourent au même but, tous les moyens de nettoyage et de propreté qui doivent être strictement appliqués aux peladiques :

Pendant toute la durée de la maladie, ils auront les cheveux tenus courts sur la tête; la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon, sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin traitant jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé, et qui pourrait être un agent de transmission; elles sont absolument de rigueur.

Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas, très fréquent, de guérison imparfaite ou de récidive.

On s'attachera avec autant de soin à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades; on interdira et on préviendra par les mesures appropriées, soit dans les familles, soit dans les divers établissements, l'échange de coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers, et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain.

Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique, qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement; il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura

Suite de la note des Traducteurs.

constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert; en tout temps, il serait bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou dans la glycérine portées à l'ébullition; les ciseaux ordinaires pourront être aisément et rapidement flambés.

Enfin, on portera quelque attention, dans la recherche de l'origine des pelades, sur l'état des animaux domestiques.

II

Mesures de prophylaxie spéciale.

III. — Chaque sujet atteint de pelade fera l'objet d'une enquête médicale qui aura surtout pour but de rechercher, par une analyse attentive du cas particulier, les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection. Son ancienneté, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la portion dénudée, sa réparation manifestement en voie d'exécution, sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves qui seront formulées; les circonstances opposées, le début récent, l'augment manifeste, la multiplicité des plaques alopéciques et le peu d'adhérence des cheveux alentour motiveront, au contraire, la non-admission, le renvoi ou l'isolement temporaires. Dans l'application, dont le détail va être indiqué, les règles pourront être modifiées par le médecin selon les différentes conditions et les cas particuliers et toutes les fois où il le jugera utile.

IV. — Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non-admission, l'exclusion, ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

V. — Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques alopéciées ne permettront pas d'en faire l'occlusion effective.

VI. — Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues ; la récréation et l'étude en commun sont soumises à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Les élèves auront la tête couverte par une perruque, si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

VII. — Pour les internats, écoles supérieures, écoles spéciales, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement que dans les conditions de l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaires que rarement, et pour des cas particulièrement intenses.

Presque toujours les jeunes peladiques pourront être conservés, à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, qu'il soit

ALOPÉCIE NÉVROTIQUE

On a observé des cas où l'alopécie était en relation directe avec des maladies du système nerveux, et où par conséquent elle devait être également considérée comme idiopathique ou alopécie nerveuse; on a vu des cas où les poils sont tombés dans toute l'étendue du cercle de distribution périphérique d'un nerf sensitif, dont la fonction avait été préalablement troublée ou détruite à la suite d'un traumatisme, ou d'une maladie spontanée, ou de lésions survenues dans les centres nerveux. Ainsi Ravaton a vu, dans un cas d'amaurose du côté droit; Romberg, dans un cas de paralysie faciale unilatérale, les cheveux et les poils tomber sur les régions correspondantes à ces affections; Cooper Tood a vu un individu perdre ses cheveux à la suite d'une commotion cérébrale, et un autre, après un coup de foudre, ses cheveux (et ses ongles); Deghilage, une alopécie circonscrite en connexion avec une névralgie du trijumeau. Comme fait curieux, il faut rappeler ici que Pohl-Pincus croit reconnaître les différentes causes psychiques ou nerveuses de la chute des cheveux à l'état des « papules de la racine » des cheveux tombés, lorsqu'on regarde ces papules à la lumière polarisée (1).

Fin de la note des Traducteurs.

pris, aux récréations ou au dortoir, des mesures de précautions appropriées, et qu'ils aient la tête couverte d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement en particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes.

VIII. — Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre.

Les hommes reconnus peladiques sont envoyés à l'hôpital; les suspects sont momentanément isolés et mis en observation en même temps que l'on prend toutes les mesures de désinfection et de prophylaxie appropriées, nettoyage de la tête, suspension de l'usage de la tondeuse, flambage des ciseaux du perruquier après chaque opération; interdiction des échanges de coiffure; objets de toilette particuliers à chaque homme; surveillance des lits de camp, etc.

IX. — Dans tous les cas où des sujets peladiques, conservés par tolérance, seront devenus le point de départ manifeste de cas nouveaux, cette tolérance cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraîne de plein droit l'élimination immédiate de tous les malades.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'alopécie prématurée *héréditaire* ne saurait rentrer dans ce groupe; elle appartient, à tous les titres, au suivant, aux alopécies pré-

On pourrait encore rattacher aux formes névrotiques, idiopathiques, l'alopécie prématurée qui résulte d'une disposition héréditaire et qui est attachée à certaines familles ; il en est de même de la chute prématurée des cheveux qui survient sous l'influence d'émotions morales déprimantes, des chagrins, des soucis, ou d'une activité intellectuelle excessive ainsi qu'à la suite de fréquentes migraines. Frédet a rapporté le cas d'une jeune fille de dix-sept ans qui, après avoir échappé à un danger de mort subite, a perdu en peu de jours tous les poils de son corps, qui n'étaient pas encore repoussés deux ans après cet événement.

L'alopécie prématurée symptomatique comprend les formes de chute rapide des cheveux et de calvitie qui ont pour base une altération de la substance de la peau, et en particulier des follicules pileux et des glandes sébacées. L'extension, la durée, l'intensité et la curabilité de l'alopécie tenant aux causes que nous venons d'indiquer, sont en rapport direct avec l'étendue, la durée, l'intensité et la curabilité de la cause spéciale qui lui a donné naissance. Limitée à un petit nombre de follicules, la calvitie prend le caractère persistant dans les cas où ces follicules ont été détruits par le fait de la suppuration ou de la production de cicatrices, comme après l'acné, le sycosis, la variole, la syphilis ulcéreuse, le lupus. Il en est de même dans les cas où, en même temps que les papilles cutanées, les papilles pilifères ont été frappées d'atrophie par suite d'une infiltration cellulaire considérable, comme cela se voit au niveau des points qui ont été atteints dans la syphilide papuleuse, le lichen ruber ou le lupus érythémateux. C'est ce que l'on observe également enfin dans le favus et dans l'herpès tonsurant, affections dans lesquelles la pression mécanique et la végétation des parasites propres à ces affections, déterminent non seulement des phénomènes inflammatoires, mais encore diminuent l'adhérence des cheveux, en provoquent la chute, et plus tard entraînent l'atrophie des bulbes pileux et la destruction des follicules.

On observe la chute des cheveux sur une plus grande étendue que celle que nous venons d'indiquer, et même sur toute la surface du cuir chevelu, à la suite des affections inflammatoires aiguës diffuses, qui provoquent une exsudation abondante dans les couches du réseau muqueux et dans les couches épithéliales des gaines de la racine; le défaut d'adhérence et la chute des cheveux, et probablement aussi en même temps un trouble analogue dans la partie succulente de la racine

---

maturées de causes diverses, dans lesquelles l'hérédité se manifeste, non pas métaphysiquement, mais par la reproduction de conditions pathologiques locales, dont l'alopécie prématurée est un *résultat*.

E. B. — A. D.

des cheveux, en sont la conséquence. C'est ce qui se produit dans l'eczéma aigu et dans l'érysipèle du cuir chevelu, qui entraînent souvent après eux, dans l'espace de peu de semaines, la chute des cheveux totale, mais généralement temporaire.

Les dermatoses exsudatives chroniques, l'eczéma chronique, le psoriasis, le lichen ruber, ainsi que la séborrhée, déterminent cette forme d'alopécie que l'on appelle, à cause de la desquamation de l'épiderme qui caractérise ces affections, furfuracée ou pityriasique (1).

ALOPÉCIE FURFURACÉE OU PITYRIASIQUE (PINCUS)

Le type le plus fréquent de cette alopécie est la forme à laquelle la séborrhée donne naissance. La variété subaiguë est la moins défavorable; elle se montre à la suite de la variole, de la fièvre typhoïde, de l'état puerpéral et des pertes abondantes de sang. La séborrhée est la manifestation première, puis la chute des cheveux se produit, habituellement suivie de la guérison après quelques mois. A côté de la séborrhée, la dépression générale de la nutrition contribue vraisemblablement aussi, dans ces cas, à la chute des cheveux (2).

L'alopécie furfuracée, qui se développe progressivement à la suite de la séborrhée chronique, est plus grave : au début, c'est-à-dire pendant un ou deux ans, les seuls symptômes qui se manifestent sont ceux de la séborrhée (v. page 196), c'est-à-dire une desquamation pityriasique abondante, puis vient la chute des cheveux, qui tombent en quantité extraordinaire avec le peigne ou spontanément. Au bout de quelques années, la chevelure est singulièrement éclaircie, composée seulement de cheveux grêles et courts; la région du front et du sommet de la tête reste dégarnie. Si l'on veut comprendre le phénomène intime qui se produit dans cette affection, il faut considérer le processus physiologique du développement et de l'accroissement des cheveux.

Chaque cheveu, pris isolément, a une durée d'existence « typique », variable cependant, à l'expiration de laquelle il tombe, et est remplacé

(1-2) Presque toutes les espèces d'alopécie qui viennent d'être mentionnées manquent de l'individualité qui en justifie la description particulière : les unes doivent être reportées aux maladies dont elle ne sont qu'un élément ou un reliquat; les autres, secondaires à des états pathologique classés, ne peuvent être, sans produire de la confusion, intercalées dans la description du type de l'alopécie dont il va être question; celles-là même qui ont la séborrhée comme partie intégrante de leur complexus, mais qui ne se développent qu'à l'occasion de la variole, du typhus, etc., ne doivent prendre rang *qu'à la suite* dans le chapitre des séborrhées *secondaires*. E. B. — A. D.

par un nouveau qui s'est produit dans le même follicule. Ce renouvellement typique des cheveux ou des poils, qui chez beaucoup d'animaux s'accomplit chaque année à des périodes régulières, chez l'homme se poursuit d'une manière continue, mais toutefois avec des variations d'intensité qui dépendent en partie de l'état général de l'organisme, en partie de diverses affections locales. Les modifications anatomiques qui accompagnent le renouvellement typique des poils, c'est-à-dire le décollement et l'expulsion du poil arrivé à maturité et la production du poil nouveau ou jeune, ont fait l'objet d'études approfondies de la part de Heusinger, Kölliker, Langer, Steinlin, Wertheim, Götte, Stieda, Unna, Esoff, Ebner, Waldeyer, etc. (1). Il reste cependant encore à instituer de nouvelles recherches relatives à quelques points essentiels. Il paraît certain que chaque poil isolément, lorsqu'il est arrivé à sa maturité typique, n'est plus susceptible d'accroissement, la reproduction nouvelle de cellules épidermiques cessant alors sur la papille.

Dès que les cellules qui ont été produites en dernier lieu ont pris la consistance cornée, elles forment entre le bulbe et la papille une cloison impénétrable au suc nourricier, et le poil se trouve ainsi séparé de la papille. Dans cette séparation est compris le corps du poil avec la gaine interne de la racine qui, dans son mouvement de bas en haut, est souvent renversée en même temps que le bulbe pileux, jusqu'au niveau d'une couche unique de cellules qui revêt la papille (v. Ebner); et la gaine extérieure de la racine est également renversée de bas en haut jusqu'à la hauteur d'une couche qui tapisse sans solution de continuité le fond du follicule pileux et le col de la papille. A ce moment, sans doute parce que la diminution de la turgescence des masses cellulaires qui remplissent le fond du follicule pileux entraîne également une diminution de la pression intérieure, à ce moment, dis-je, par suite de la pression maintenant prédominante du tissu qui entoure le follicule, la paroi du follicule pileux se trouve repoussée en dedans et les masses de cellules appartenant à la paroi externe de la racine, qui sont expulsées, se trouvent refoulées entre la racine du poil et la papille ; c'est ainsi que le poil est soulevé dans sa totalité et repoussé dans le sens de la hauteur. L'extrémité inférieure de la racine du poil, qui antérieurement offrait une surface concave correspondant à la papille qu'elle contenait, forme maintenant, avec la masse cellulaire agglomérée de la gaine extérieure du poil, un

(1) L. Ranvier, *Traité technique d'histologie*, 2e édit., Paris 1889; Édition et travaux antérieurs, etc.

E. B. — A. D.

cône dont la pointe est dirigée en bas, d'apparence fibrillaire, et fendillé en balai (fig. 43, *l*).

Le poil expulsé se trouve, en cet état, arrêté un peu au-dessous du niveau de l'orifice des glandes sébacées, ou à la hauteur du point d'insertion du muscle redresseur du poil. En même temps, le fond du follicule pileux se rétrécit et se raccourcit, parce que la membrane vitreuse est souvent plissée en dedans (v. Ebner), et refoulée en haut avec le corps de la papille. Au contraire, les gaines extérieure et moyenne (probablement musculaire) du follicule pileux, qui sont plus solidement adhérentes à leur entourage, restent à la profondeur qu'elles occupaient antérieurement, de sorte que entre elles et le corps de la papille refoulé et saillant, le col de la papille se distend, et il survient une formation que Wertheim décrit sous le nom de calice ou tige du poil. Après un certain laps de temps, sous l'influence d'une nutrition plus active de la papille (infiltration cellulaire), il commence à se former au-dessus d'elle un nouveau cône épithélial qui repousse la papille à sa profondeur antérieure, et dans laquelle on distingue déjà, dans la partie extérieure qui correspond à la zone corticale, les deux couches (de Henley et de Huxley) de la gaine interne de la racine.

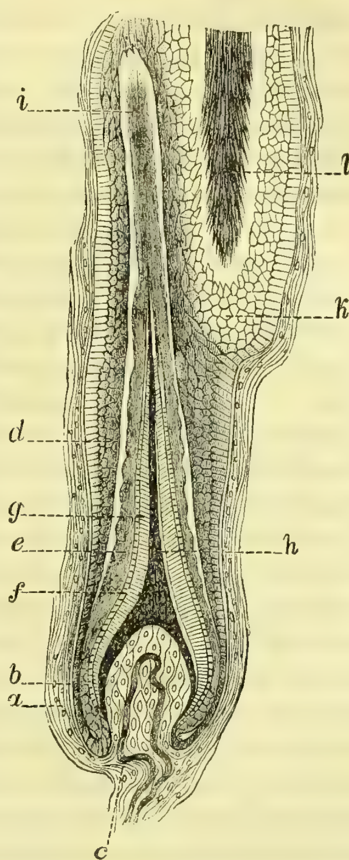


Fig. 43.

Coupe d'un follicule pileux pendant la formation d'un poil nouveau (d'après v. Ebner).

a. Gaines extérieure et moyenne du follicule pileux; *b*, membrane vitreuse; *c*, papille du poil avec une anse vasculaire; *d*, *e*, gaines de la racine, *d*, externe, *e*, interne (divisée en couche de Henley et couche de Huxley); *f*, cuticule de cette dernière; *g*, cuticule du poil; *h*, poil *jeune* (dépourvu de moelle); *i*, extrémité conique du nouveau poil; *l*, bulbe du poil expulsé, avec *k* les débris de la gaine externe de la racine également éliminée.

Lorsque ce nouveau cône, par suite de son développement, est remonté jusque dans le voisinage du poil expulsé, il se forme dans la partie moyenne, provenant des cellules de la voûte de la papille, un poil grêle, pigmenté et d'abord dépourvu de moelle, en même temps que, de la couche cellulaire de la papille qui est restée dans le fond de celle-ci, se reforme la gaine extérieure de la

racine. D'après cet exposé (Langer, v. Ebner), le poil nouveau se produit sur le fond de l'ancienne papille, tandis que d'autres auteurs supposent que celle-ci s'atrophie complètement, et qu'à côté d'elle il se développe aussi pour le poil nouveau une papille nouvelle à l'intérieur du réseau muqueux proliférant, comme dans la formation embryonnaire des poils (Steinlin, Stieda).

D'autres études sont relatives aux phases que subit le poil expulsé, mais occupant encore pour un certain temps le follicule.

Götte considère ce poil, ou à proprement parler son bulbe (fig. 43, *l*), comme un « poil supplémentaire » né, à une certaine distance de la papille, par la prolifération des cellules corticales, et se produisant d'une façon provisoire, pendant que le poil définitif s'élève de la papille. Au contraire, Unna lui donne le nom de poil de la couche piligène « Beethaar » (1), supposant que le poil expulsé continue à pousser encore, pendant un certain temps, à l'endroit où il est demeuré, vers l'extrémité en forme de crosse, par le fait de la prolifération de la gaine extérieure de la racine qui l'entoure, couche piligène du poil « Haarbeet », jusqu'à ce que le nouveau poil papillaire (poil secondaire) arrive à rejoindre l'ancien. Esoff et Schulin adoptent la même manière de voir, avec cette différence toutefois que, d'après eux, dans les couches pilifères de la peau, il se forme également une nouvelle papille avec un follicule pileux. Waldeyer est également d'avis que de nouveaux follicules pileux peuvent survenir. Ces différents points sont encore très controversés, ainsi que certaines questions relatives, par exemple, à l'existence de plusieurs poils avec ou sans papille (Wertheim et d'autres auteurs) à l'intérieur d'un seul follicule, et aux rapports qui peuvent exister entre le nouveau poil papillaire et les gaines de la racine des poils supplémentaires, dont une partie tombe tandis que l'autre persiste.

Plus l'existence typique d'un poil est longue, plus ce poil devient épais et long; plus elle est courte, plus il pousse mince et grêle. De même, quand une chevelure est forte et abondante, les papilles pileuses pénètrent plus profondément dans les tissus, tandis que le

---

(1) Unna appelle « *Beethaar* », poil de la couche piligène (*Archiv. f. mikrosk. Anat.*, XII Bd.) le poil qui s'est détaché pendant la mue et lequel, toutefois, n'est pas entièrement tombé, mais qui continue de pousser pendant un certain temps sous forme d'une simple kératinisation des cellules dentelées, comme dans la matrice de l'ongle. Les poils qui poussent normalement des papilles, ou, pour mieux dire, les poils qui se trouvent dans la première période de croissance, Unna les désigne, afin de les distinguer des autres, sous le nom de « poils papillaires ». E. B. — A. D.

follicule de cheveux grêles et de courte existence reste superficiel et la papille est située à une faible profondeur (v. Ebner).

La force de la chevelure, c'est-à-dire la quantité (épaisseur) et la longueur des cheveux, dépend donc de la constance du rapport de la durée et de la reproduction typiques de chacun des cheveux. Dans la séborrhée chronique, cette proportion est détruite sous tous les rapports dans le sens défavorable; chaque cheveu en particulier, ayant perdu de sa durée d'existence typique, est plus court, plus grêle et tombe plus tôt. D'après Pincus, la perte quotidienne des cheveux varie au minimum entre 13 et 17, au maximum entre 62 et 203; et même à une période où la chute des cheveux n'est pas encore très considérable, cet état se manifeste en ce que laproportion quantitative des « cheveux à pointe » (cheveux de courte durée) est réellement augmentée par rapport à la chute totale de la chevelure (1).

Sous l'influence de l'affection séborrhéique, la reproduction du cheveu se fera d'une façon d'autant plus insuffisante sous le double rapport de la qualité et de la quantité, que cette affection persistera plus longtemps. Les glandes sébacées et le follicule pileux enlacés dans le même réseau de vaisseaux et de nerfs (Arnstein) souffrent d'un même trouble de nutritition. Comme dans les glandes sébacées, l'épiderme (altéré d'une façon chronique) est produit d'une manière rapide et incomplète pour le but physiologique, et se détache; alors les gaines de la racine du poil, qui se continuent avec les cellules glandulaires, manquent d'adhérence et sont facilement expulsées. Il en est ainsi de celles qui sont fournies par la papille et qui sont destinées à la reproduction du poil, d'où il suit que celui-ci ne se développe que d'une façon incomplète, c'est-à-dire qu'il ne pousse qu'un poil follet grêle, ou qu'il se forme seulement une tige épidermique peu solide, qui reste dans le follicule pileux. Par suite de ces altérations, la papille elle-même finit par s'atrophier, le follicule se détruit et la calvitie devient persistante (2).

---

(1) Cf. F. Chincholle, De la nat. paras. du pityriasis capitis, et de l'alopécie consécutive, *Thèse de Paris*, 1874.

E. B. — A. D.

(2) Même appuyée par les savantes observations de Pincus, la doctrine de Hebra-Kaposi sur « l'alopécie furfuracée », considérée comme une dépendance des séborrhées, — séborrhée sèche, — est fortement ébranlée par les recherches ultérieures d'histologie et de microbiologie. On peut prendre une idée générale des bases de la discussion engagée sur ce point, en lisant le très bel article critique de Unna — Was Wissen wir von der Seborrhöe? (Que savons-nous sur la séborrhée?)

C'est ainsi que chez la plupart des hommes la calvitie prématurée se développe lentement, sous forme d'alopécie furfuracée. Chez les

---

Monatsh. f. prakt. Dermat., n° 15, 1887, trad. franç. par Doyon, *in Ann. de Dermat.*, 2ᵉ série, t. VIII, 1887, n° 707 et suiv. I.

Mais la question à résoudre est encore plus complexe que ne le montrent les commentaires du savant médecin de Hambourg. Il ne s'agit pas de savoir seulement si la desquamation furfuracée provient de l'épiderme indifférent, ou de la cavité des diverticules sébacés ; si la graisse qui infiltre les squames, ou qui se dépose à la surface de la peau, vient des glandes sébacées ou des glomérules sudoripares ; s'il y a, ou non, des phénomènes de dermite, etc., etc. ; si l'on trouve plus ou moins de parasites banals qu'à l'état sain, etc. ; mais, avant tout, quelle est la *cause* des altérations de tissu et de fonctions? Quelles sont primitives, essentielles, quelles secondaires, accessoires? En un mot, quelle est la hiérarchie des phénomènes morbides?

Il n'en est pas de la maladie de Pincus comme des alopécies accidentelles, temporaires, à évolution limitée, plus ou moins bien classées et dénommées, qui appartiennent au *favus*, au *trichophyton*, à la *pelade*, aux *folliculites* ou aux *acnés décalvantes*, etc., — à divers états pathologiques du cuir chevelu : *eczéma stéatidrosique*, *hyperidrose* et *hyperséborrhée fluente* ou *concrète* — aux dermatoses localisées ou généralisées : *érythrodermies exfoliantes*, *kératoses pilaires diverses*, *érysipèle du cuir chevelu*, etc., — en dehors de celles qui accompagnent la *syphilis secondaire* ou la *lèpre*, qui succèdent aux *pyrexies exanthématiques*, aux *typhus*, etc.; à la *grossesse* et à la *parturition*, etc.

L'alopécie dont il s'agit ici a pour base une altération *propre au système pilaire* de la surface du crâne ; *régionale*, due à des conditions individuelles et locales ; et dans laquelle l'athrepsie et l'atrophie progressive du poil, et de l'appareil pilaire, constituent le phénomène essentiel ou prédominant qui, lentement ou avec rapidité, d'un pas égal ou irrégulier, *progresse* sans cesse vers la caducité, et la déchéance définitive de la fonction et de l'appareil.

Toujours qualifiée d'après quelques-uns de ses phénomènes accessoires : Pityriasis du cuir chevelu, Séborrhée sèche de Hebra, Alopécie pityrode, furfuracée, de Pincus ; Calvitie ou alopécie précoce, prématurée, sénile, héréditaire, etc., cette affection peut être dénommée plus simplement suivant ses caractères fondamentaux. Nous l'appellerons *Alopécie progressive du cuir chevelu.*

Dans sa forme *typique*, elle représente un simple phénomène, localisé au cuir chevelu, de la régression physiologique du tégument externe qui marque les phases avancées de l'âge adulte. Au cours normal et régulier des choses, c'est entre la quarantième et la cinquantième année qu'elle se manifeste sur le cuir chevelu par plusieurs symptômes, dont les plus évidents sont la calvitie partielle, l'atrophie d'un certain nombre de poils, particulièrement aux sommets des angles frontopariétaux et aux régions prétemporales, au sommet de la tête, avec des localisations prédominantes variables chez l'homme,

personnes du sexe féminin, cette séborrhée est plus fréquente, mais elle affecte plutôt la forme subaiguë. Aussi voit-on la chute des che-

---

chez la femme, et, dans les deux sexes, selon les individus. En même temps, quelques phénomènes qui n'existaient pas passaient inaperçus, ou étaient très légers, se montrent, sont remarqués, ou s'accroissent notablement; les sueurs locales sont plus faciles, la desquamation épithéliale devient plus sensible, la graisse libre déposée à la surface de la peau, plus abondante. Il y a du prurit, et du grattage inconscient. Tout cela, très léger, lentement progressif, éclaircissant lentement la chevelure, ou la reculant peu à peu dans ses insertions antérieures; et persistant jusqu'aux extrêmes limites de l'existence, sans produire la dénudation complète des régions antéro-supérieures, sans calvitie proprement dite, et en respectant plus ou moins complètement la demi-circonférence postéro-inférieure, l'occiput, la nuque, et les régions occipitotemporales. C'est l'alopécie du cuir chevelu progressive, simple, *sénile*. Quelques sujets échappent à cette loi et conservent, bien au delà des délais, une chevelure uniforme, à peine éclaircie, toujours serrée et solide ; ils sont en minorité.

Mais, d'autre part, chez l'homme, bien avant le plein de l'âge d'adulte, en pleine jeunesse, et quelquefois même dans la jeunesse première, chez des sujets de conditions vitales très diverses, on voit se développer sur le mode suraigu, aigu, ou subaigu, une alopécie tout à fait pareille, occupant les mêmes localisations que celles de la calvitie sénile, avec une mue plus accentuée, des éliminations furfuracées, stéatosiques, plus actives, qui assimilent, en peu de temps, dans les cas sévères, ces tout jeunes gens, ou ces hommes jeunes, aux hommes sur le retour, aux hommes vieillis, aux vieillards, et dénudent, quelquefois jusqu'aux limites les plus extrêmes, la zone antérosupérieure du crâne, qui apparaît éburnée, lisse, grasse, luisante, et plus ou moins complètement glabre.

C'est l'alopécie du cuir chevelu progressive, survenue avant l'âge, *anticipée*, *prématurée*, *précoce*.

C'est en vain que l'on a cherché à réduire à une condition univoque la lésion instrumentale qui préside à cette alopécie, et à subordonner les uns aux autres les divers phénomènes dont la réunion la constitue. Les plus grandes variétés individuelles se présentent, au contraire : en même temps que se fait l'atrophie pilaire, l'ascension du poil, son expulsion, il peut exister de l'anidrose ou de l'hyperidrose, de la séborrhée ou de l'astéatose, de la desquamation pityriasique ou un état lisse; le cuir chevelu peut être dans ses conditions normales de nutrition apparente, ou au contraire en état permanent de subirritation, tolérant des applications les plus énergiques, ou ne supportant pas les plus anodines.

Les altérations du poil sont *précoces*, sa croissance est plus lente, son adhérence s'ébranle promptement; dès les premières périodes, l'implantation radiculaire du poil, qui tombe ou qui cède à la moindre raction, est devenue superficielle ; il est manifeste que sa *nutrition*

veux se répéter plus souvent chez elles, mais chaque fois ils se repro-

---

est *primitivement* compromise. A la vérité, il ne s'agit pas exclusivement, pendant toute l'évolution, du simple trouble fonctionnel de la papille pilaire, de l'athrepsie du poil; on voit intervenir des phénomènes connexes — altérations des gaines épithéliales, de l'enveloppe connective du follicule, du chorion interfolliculaire, de la glande sébacée annexe, de l'infundibulum pilaire, de l'appareil stéatidrosique (sudoral), et de l'épiderme interfolliculaire, qui peuvent *activer* la nécrobiose, l'atrophie, la désarticulation, l'expulsion, la mue, mais qui ne la produisent pas directement.

D'autre part, à un degré variable suivant l'ancienneté, les *lésions* proprement dites sont constantes : hyperkératose infundibulaire, encombrement corné du canal pilaire, chorionite scléreuse cirrhotique, endartérites oblitérantes, atrophie et tension avec adhérence dermique profonde accrue, glandes sébacées atrophiées ; hypoderme accru, glomérules sudoripares hypertrophiés, abondance anormale de spores banales, etc.

Mais la précision cesse quand il s'agit d'établir la hiérarchie et les rapports réciproques de ces lésions, à ce point que l'on ne saurait dire si la maladie est une hyperidrose ou une hyperstéatose, une parakératose, une dermite avec endartérite scléreuse, une épidermite, et si la plupart des lésions fermes ne sont pas consécutives, secondaires, à l'atrophie pilaire. Elles sont, en tout cas, si peu accentuées, *au début*, qu'on a pu ne pas les y rencontrer, ou les méconnaître. Dans aucun cas, elles ne semblent liées aux altérations des nerfs cutanés que Leloir, — *Rech. clin. et anat. path. sur les aff. cut. d'orig. nerv.*, Paris 1881, — a toujours trouvés sains.

Au milieu de la diversité des éléments symptomatiques qui peuvent être observés au cours de l'alopécie atrophique, et qui, selon les cas, les sujets, la saison, les périodes, etc., prédominent dans l'un ou dans l'autre des éléments de l'appareil pilaire et du système anatomotopographique — épiderme corné et muqueux, glandes sébacées et sudorales, follicule, derme et épiderme interfolliculaires — le phénomène *constant* reste l'atrophie progressive du poil, marchant symétriquement vers la destruction définitive, et inévitable à brève ou à longue échéance. Il est vrai que les phénomènes accessoires, péripilaires, desquamation sèche, astéatose, hyperidrose ou hyperstéatorrhée, irritation dermique avec rougeur, prurit, tension, etc., sont loin d'être sans action sur l'*activité* du processus atrophique, et que le traitement qui les atténue ou qui les supprime, *ralentit* l'activité du processus alopécique, mais il ne l'arrête pas plus qu'il ne le produit.

Il n'existe pas de rapport régulier ni constant entre ces deux ordres de phénomènes. Chacun d'eux, mené à un degré intense, peut amener la chute momentanée du poil, mais non son atrophie *progressive*, et chacun d'eux peut exister à un degré considérable sans produire l'alopécie. Le pityriasis pilaire, où la desquamation est excessive, le psoriasis, l'eczéma, etc., n'ont pas l'alopécie atrophique progressive

duisent; c'est pour cette raison que la calvitie est beaucoup plus rare chez les femmes (1).

---

dans leur symptomatologie régulière; la chevelure la plus solide est souvent encombrée pendant de longues années par une desquamation qui reste inoffensive, si elle ne provient pas de l'infundibulum pilaire, ou du diverticule sébacé.

Le trouble primitif de la fonction piligène, altération essentielle de nutrition de la papille pilaire, nous apparaît donc, au milieu de la complexité des phénomènes qui l'obscurcissent, comme le caractère propre de l'alopécie simple progressive; toutes les autres manifestations symptomatiques n'étant que le résultat d'une même cause première, et ne représentant que des conditions apparentes, mais non l'élément pathologique essentiel.

L'alopécie simple progressive affecte des rapports étroits avec les alopécies dues à la séborrhée, à l'hyperidrose, à la dermo-épidermite spéciale qui constitue l'eczéma séborrhéique de Unna; elle se complique de la germination accessoire de parasites divers encore incomplètement connus, — parasites du pityriasis de Malassez, de l'eczéma séborrhéique de Unna, etc., — mais elle peut exister en dehors de toutes ces conditions, et elle ne se confond pas avec les affections qu'elles déterminent.

Malheureusement, cette conception, bien que basée sur une observation précise, ne peut pas être appuyée par un thème de différenciation catégorique, et par un énoncé de signes pathognomoniques directs.

Pour établir un *diagnostic* et un *pronostic*, il faut s'appuyer sur le sexe et sur l'âge du sujet, sur ses antécédents d'hérédité, et sur l'absence de rapport exact entre les lésions, les troubles de fonctions, et l'alopécie proprement dite.

Si le cuir chevelu est nettement atteint de dermite eczémateuse du type de l'eczéma séborrhéique de Unna, d'hyperidrose excessive, de séborrhée huileuse ou concrète abondante, c'est à chacune de ces altérations de tissu, ou de fonction, que doit être rapportée l'alopécie.

Mais si, chez un homme encore jeune, et surtout chez un jeune homme, avec une desquamation, une séborrhée ou une hyperidrose légères, sans signes de dermite proprement dite, on voit se développer régulièrement, et symétriquement, une alopécie atrophique rapide ou lente, qu'elle attaque la région frontale, les régions temporales, ou qu'elle débute par le sinciput, il n'y a guère de doute, il s'agit de l'alopécie atrophique papillaire simple *précoce;* il n'y en a pas davantage sur le diagnostic d'alopécie sénile *prématurée*, si le sujet a atteint la quarantaine, et s'il présente des caractères analogues à ceux qui viennent d'être décrits.

Enfin, à partir de cinquante ans, époque normale de la déchéance confirmée du tégument externe, l'alopécie sera régulièrement dénommée alopécie atrophique progressive *sénile.*

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Chez les jeunes filles, chez les jeunes femmes, et chez les femmes encore jeunes, on voit rarement se produire des phéno-

Mais dans des cas isolés, même chez des femmes, j'ai observé pendant des années avec des phénomènes de séborrhée anémique ou d'anémie générale, chez des personnes stériles, une alopécie à marche progressive continue, avec raréfaction, amincissement et diminution de la poussée ultérieure. Michelson a vu également l'alopécie étendue à toutes les autres régions du corps et des poils (alopécie pityrode généralisée).

Nous ne pouvons passer sous silence que pour l'alopécie furfuracée il faut tenir compte, comme étiologie (C. Bœck), des cocci et des bactéries qui existent dans les squames de la peau (Malassez, Balzer, Bizzozero, etc.) (1).

---

mènes analogues à ceux qui constituent l'alopécie progressive simple, tandis qu'on observe également dans les deux sexes l'*eczéma séborrhéique* et les *séborrhées* ou les *hyperidroses dépilantes*. Cette seule différence suffirait bien à montrer que l'alopécie simple progressive est *primitivement* indépendante des conditions extrinsèques; que l'on ne saurait en faire une affection parasitaire; et qu'elle est bien une altération propre de l'évolution.

Chez les jeunes filles et chez les *jeunes* femmes, il est, en outre, très fréquent de voir se produire, généralement en rapport avec des troubles de la fonction menstruelle, ou de l'hématopoïèse, avec des lésions utérines, etc., des *mues alopéciques*, des alopécies *temporaires* qui se distinguent très nettement de l'alopécie atrophique simple par leur généralisation, leur durée limitée, et leur guérison ordinairement facile à l'aide de moyens appropriés locaux et généraux, mais qui s'accompagnent des mêmes phénomènes éventuels de desquamation, d'hyperidrose, de séborrhée, etc.

Mais, à partir de la quarantième année, l'atrophie progressive commence à se montrer très commune chez la femme, dénudant les régions temporales incomplètement mais symétriquement, et ayant le *sinciput* pour *lieu d'élection* régulier, y déterminant une *tonsure atrophique à développement excentrique et progressif*.

Passé l'âge de la ménopause, après la cinquantième année, l'alopécie progressive diffuse devient plus accentuée ; son développement régulier commence avec l'âge de retour qui, sous plus d'un rapport, uniformise les deux sexes. E. B. — A. D.

(1) Le rôle des spores banales, ou autres, dans l'alopécie progressive du cuir chevelu, peut être actif sans cesser d'être accessoire, c'est-à-dire secondaire à d'autres altérations vitales préalables — Voy. L. Malassez, Note sur le champignon du pityriasis simple, *Arch. de Physiol.*, 1874, p. 451; Note sur l'anat. path. de l'alopécie pityriasique, *cod. ann.* et *cod. loc.*, p. 465; et Sur le pityriasis capitis et l'alopécie pityriasique, *Progrès médical*, 1877, p. 882. — Les spores, bien que banales, dit ce savant observateur, existent dans l'alopécie précoce plus abondantes peut-être que partout ailleurs, et si abondantes qu'on ne saurait se l'imaginer avant d'en avoir vu des préparations microsco-

Sous le rapport anatomique, les cheveux qui tombent ne présentent rien d'anormal. Ils semblent avoir été cassés dans leur partie radiculaire, leurs fibres paraissent souvent dissociées, ils sont grêles. La peau atteinte de calvitie s'altère avec le temps comme dans l'alopécie sénile.

---

piques soigneusement faites. Mais il reconnaît expressément que l'action de ces spores ne se produit que si elles sont déposées sur un terrain favorable.

« Si, dit-il, les spores trouvent ces conditions propices — sujets arthritiques — elles se multiplient avec une extrême activité; elles s'infiltrent dans la couche cornée de l'épiderme qu'elles dissocient et divisent en lamelles. En même temps, l'irritation que leur présence détermine dans les tissus amène l'état vésiculeux des cellules épidermiques, nouvelle cause de desquamation. La cause du pityriasis serait donc double : externe par l'ensemencement des spores, interne par la prédisposition à être envahi par ces spores. Le mécanisme serait double également : action directe des spores s'infiltrant entre les cellules épidermiques, réaction du tissu épidermique dont les cellules deviennent vésiculeuses. »

Dans leur très remarquable mémoire intitulé : Obs. et Rech. sur l'érythrasma et sur les parasites de la peau à l'état normal — *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 2e série, T. V, 1884, p. 597, 661 et suiv., — F. BALZER et DUBREUILH déclarent la spore banale non pas seulement par son ubiquité à la surface de la peau, mais encore parce qu'elle pullule partout où existent en abondance les produits de la « séborrhée ».

« Pour conclure, disent ces auteurs distingués, nous croyons pouvoir admettre que la spore de MALASSEZ *résulte* de la fermentation des sécrétions de la peau, et plus spécialement de la sécrétion sébacée. Elle joue un rôle important dans l'évolution du pityriasis capitis, en *exagérant* l'irritation de l'épiderme et des glandes, et entretient ainsi les causes qui l'ont produit. »

En attendant plus de lumière des progrès de l'histologie pathologique du cuir chevelu, et de la bactériologie pilaire, il est prudent de s'en tenir à ces constatations, et de considérer la spore de Malassez, ou autres microphytes du même ordre, comme *nuisibles* à l'appareil pilaire *préalablement* altéré, mais incapable de produire, *à eux seuls*, les altérations qui leur sont attribuées. Malgré les rapports de l'alopécie progressive du cuir chevelu avec l'eczéma séborrhéique de UNNA supposé parasitaire, nous pensons que la vérité est dans la direction que nous indiquons, et dans laquelle on se garde de confondre les *véritables* parasites du poil *sain*, favus, trichophyton, etc., avec les parasites du poil *altéré*, au nombre desquels la spore de Malassez.

Nous pensons toujours, comme l'enseignait notre savant collègue E. Vidal en 1877 — Du pityriasis, *Progrès médical*, 8 sept. 1877, p. 688, — que l'alopécie progressive est une affection atrophique *de cause vitale*. Les éléments parasitaires, ainsi que la « séborrhée », etc., peuvent jouer un rôle considérable *chez les sujets* qui présentent la disposition *préalable*, prédisposition organique locale de déchéance pilaire. Aucune des recherches faites sur l'homme, aucune des expé-

La description que fait Pincus d'un processus « induratif » est tout à fait obscure (1).

Le pronostic est meilleur dans les formes aiguës et subaiguës de l'alopécie furfuracée, et pendant les premières années de son existence; plus tard, il devient défavorable (2).

Les causes de la séborrhée du cuir chevelu qui donne naissance à l'alopécie ont été déjà mentionnées en partie. L'anémie spontanée ou consécutive à des maladies aiguës et chroniques qui affaiblissent la constitution, la chlorose chez les femmes, le gastricisme chronique et

---

rimentations sur les animaux, tels que les cobayes ou les lapins, n'infirme le fait d'observation qui montre, dans l'alopécie progressive du cuir chevelu, une affection *primitivement* liée à des conditions d'*évolution* de tissu organique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) C'est au contraire avec la plus grande clarté que MALASSEZ, *loc. sup. cit.*, a exposé les phénomènes de ce processus, qu'il compare à la cirrhose des glandes dont le canal a été obstrué. Dans l'alopécie progressive, l'obstruction du canal pilaire serait produite par l'encombrement de l'infundibulum, rempli de cellules desquamées en raison de l'irritation produite par l'accumulation et la germination des spores banales. Cette kératolyse de l'infundibulum produirait un « véritable bouchon épidermique », lequel fait obstacle à la sortie normale du cheveu, et d'où il résulte, dans les parties profondes du follicule, une irritation qui se manifeste d'abord par l'hypertrophie ascendante et concentrique des parois folliculaires, puis amène, en dernier lieu, l'oblitération de presque tout le follicule.

L'obscurité réside surtout dans *l'interprétation* des phénomènes, dont la simplicité théorique ne répond pas à l'observation des faits poursuivie cliniquement: Non seulement il est peu vraisemblable que la spore banale « irrite » l'épiderme *primitivement*, et qu'elle pullule *avant* que celui-ci ne soit altéré; mais encore le cheveu est compromis bien *avant* que ne soient produites les altérations éburnées du derme, qui apparaissent plutôt comme un phénomène concomitant, une suite, un reliquat. Il ne saurait être contesté que les lésions irritatives du derme et de l'épiderme, que la présence des spores accumulées, que les lésions fonctionnelles ou matérielles des glandes sébacées ou sudorales jouent un rôle dans la destruction de la fonction pilaire, mais aucune d'elles n'est suffisante pour *produire* la maladie ; elles appartiennent au *mode* pathogénique de l'alopécie, mais n'en représentent pas la *condition* pathogénique véritable. E. B. — A. D.

(2) Le pronostic *motivé* de l'alopécie progressive du cuir chevelu ne doit être porté qu'avec la plus grande *réserve*, surtout dans les *premières phases*. Non seulement le diagnostic est souvent difficile à établir, et quelquefois impossible momentanément, entre l'alopécie progressive, quelques alopécies atrophiques consécutives aux maladies générales, et l'eczéma séborrhéique ; mais encore ce diagnostic étant établi, les conditions individuelles, l'état général de la santé, l'hygiène

l'anémie chez les hommes, les cachexies tuberculeuse et cancéreuse, sont en général les causes éloignées de cette affection (1).

Comme la diathèse syphilitique peut aussi, dans sa marche ultérieure, déterminer la séborrhée et l'alopécie, on pourrait dans ce cas donner à cette dernière la dénomination d'alopécie syphilitique.

---

locale et les interventions thérapeutiques, établissent tant de différences entre les cas divers, qu'il sera rarement prudent de prophétiser.

A égalité, la condition héréditaire, l'état « arthritique », l'obésité, l'hyperidose, la dysgastrie, le surmenage, l'obligation professionnelle de porter longtemps des coiffures lourdes ou non ventilées, costumes militaires, casque, etc., constituent des circonstances adjuvantes.

Chez presque tous les sujets, on peut affirmer qu'une hygiène générale et locale bien dirigée, un traitement approprié, pourront reculer, quelquefois à beaucoup d'années, l'échéance de la calvitie ; mais il est des cas véritablement *malins*, dans lesquels tout échoue, et il n'en est aucun dans lequel on puisse affirmer qu'il s'est produit une guérison *réelle*. L'alopécie progressive du cuir chevelu *vraie*, aboutit à la calvitie à une échéance qui peut être reculée, mais qui n'en est pas moins inévitable. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La condition *première* qui préside au développement de l'alopécie simple progressive du cuir chevelu, réside dans la *disposition individuelle* du sujet atteint, débilité ou irritabilité particulières du système pileux de la tête, faisant partie de la constitution de l'individu, transmissibles par hérédité, constitutionnelles au sens vrai et exact du mot. Elle peut accompagner les états diathésiques les plus divers, mais elle est surtout commune dans la série qui comprend « l'arthritisme » de BAZIN — *alopécie arthritique* — dans la diathèse congestive.

Les conditions *secondes*, accessoires, adjuvantes, excitantes, sont fort nombreuses ; aucune n'est capable à elle seule de produire la maladie ; mais elles doivent être recherchées avec soin, car elles constituent la base des indications thérapeutiques ; c'est en les combattant que l'on peut arriver à retarder plus ou moins considérablement l'échéance de la calvitie inévitable.

Dans l'hygiène générale de l'individu, on a noté avec raison l'action des conditions dépressives, excès de travail, veilles habituelles et prolongées, excès vénériens, pertes séminales ; le sujet que cela intéresse devra être averti du rôle que ces conditions peuvent avoir dans l'évolution de l'atrophie progressive du cuir chevelu.

L'hygiène locale irrégulière entre aussi, pour une part, dans la marche des altérations ; le manque des soins de propreté du cuir chevelu, son irritation répétée par des topiques de mauvaise qualité, les coiffures lourdes, mal ventilées, surtout si elles sont portées en permanence ; la tension exercée par elles sur le cuir chevelu quand elles sont trop étroites ou trop serrées, etc., etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Quelquefois l'alopécie résultant de la séborrhée envahit en même temps les sourcils et la barbe, ou bien elle atteint exclusivement l'une ou l'autre de ces deux régions, mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle s'étend sur toute la région du cuir chevelu en un temps relativement court (forme maligne de l'alopécie pityrode, Michelson).

Le traitement de l'alopécie furfuracée doit avant tout être dirigé contre la séborrhée qui lui donne naissance. Avec de l'huile, on ramollit les masses squameuses par des lotions, puis on les enlève avec de l'eau de savon; ensuite on applique une ou deux fois par jour sur le cuir chevelu, avec un pinceau, de l'alcool additionné d'acide phénique ou d'acide salicylique (1 sur 200), de vératrine (0,50 sur 200), de teinture de benjoin (1 sur 200), de baume du Pérou, d'éther sulfurique ou d'éther pétroléique, en ayant soin de faire une ou deux fois par semaine un lavage avec l'esprit de savon de potasse, suivi d'une douche froide. Dans les cas où la peau est congestionnée, il est bon de faire des applications de teinture de bouleau, ou de pâtes de soufre et d'alcool, d'huile et de naphtol ou d'alcool. Pour combattre la sécheresse de la peau à laquelle ce traitement donne souvent lieu, il faut faire des onctions avec des pommades contenant du tanin, de la quinine, de la teinture de cantharides, du piment, de la vératrine, de l'huile éthérée, du précipité blanc, etc...

Parmi ces pommades, les plus usitées sont la pommade dite tanoquinique et la pommade populaire de bourgeons (résine) de peuplier. Voici quelques formules :

Précipité blanc, 0,50; onguent émollient, 30; teinture de benjoin, 1; huile de roses, 5 gouttes.

Ou la pommade de Dupuytren :

Moelle de bœuf, 75 ; extrait de quinquina préparé à froid, 10; teinture de cantharides, jus de citron, ââ 5 ; huile de cèdre, bergamotte, ââ 10 gouttes.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté (Schmitz) la pilocarpine muriatique, en injections sous-cutanées, comme favorisant le développement de la chevelure.

En coupant les cheveux court, sous prétexte de leur donner de la force, on n'obtient pas du tout le résultat désiré; aussi faut-il dissuader les femmes de couper leurs cheveux.

En outre du traitement local, il faut s'adresser aussi aux causes éloignées de l'alopécie, la séborrhée, la chlorose, l'anémie, le gastricisme chronique, que l'on combattra par le régime et par des médicaments tels que les ferrugineux, les amers, l'arsenic, les cures de lait et de petit-lait, par les eaux thermales en bains et en boisson, les bains de rivière et de mer, le séjour des montagnes pendant l'été, etc.

Toutefois, ce n'est qu'après plusieurs mois d'un traitement convenable et bien dirigé que l'on peut attendre la guérison (1).

On peut désigner sous le nom d'*atrophie propre des poils*, l'altération destructive qui intéresse le corps même de ces organes. Cette atrophie survient, à titre secondaire, à la suite des maladies du follicule que nous avons mentionnées, et, d'une manière plus directe, par le fait de la dissociation des éléments du poil qu'entraîne la présence des champignons dans le favus et l'herpès tonsurant. Les cheveux

---

(1) Quelques détails complémentaires sont nécessaires pour établir les bases du traitement de l'alopécie progressive du cuir chevelu, et être en mesure de saisir les différentes indications qui se présentent en pratique.

Lorsque l'on a réglé l'hygiène générale du sujet atteint, et recherché, dans les conditions locales, ce qui pourrait être défectueux, irritant, ou nuisible mécaniquement, il ne reste plus qu'à instituer le traitement proprement dit.

Aucun médicament n'est spécifique ; mais on sait, à n'en pas douter, que l'arsenic et le fer apparaissent dans le système pilaire, quand ils sont introduits pendant un temps déterminé dans l'organisme ; de là, l'indication très logique de prescrire ces deux médicaments, alternativement, à doses faibles et tolérées, mais longtemps prolongées.

Localement, aucune médication n'est applicable indifféremment à tous les cas, et la prescription faite par le médecin doit toujours être motivée par un examen attentif de l'état local.

Les cheveux seront tenus aussi courts que possible, ne fût-ce que pour faciliter cette surveillance, en même temps que la propreté de la région, et l'application des agents médicamenteux.

Si le cuir chevelu est sensible, *irritable*, hyperhémié, on fera tenir la tête en bon état de propreté à l'aide de lotions faites avec de l'eau un peu plus que tiède, après avoir frictionné le cuir chevelu avec un jaune d'œuf étendu d'eau ; répété deux ou trois fois par semaine, ce nettoyage élémentaire suffit à tenir le cuir chevelu en bon état ; et il est bien supporté sans exception, il ne laisse pas à sa suite de sécheresse locale.

Si, au contraire, la tête ne présente pas de traces d'irritation, ou n'est pas irritable, il est plus simple de se servir des savons doux, et particulièrement du savon blanc amygdalin, savon médicinal, réduit en poudre impalpable, et mélangé à la quantité suffisante de glycérine pour en faire un mélange crémeux.

Quelques sujets enfin supportent les lavages au savon ordinaire, et même aux savons médicamenteux, au goudron, au naphtol, à l'ichthyol, etc., ce qui rend l'application plus aisée. On pourra procéder par gradation en commençant par les nettoyages au jaune d'œuf, pour arriver plus tard aux savons simples ou médicamenteux.

Chez quelques sujets, les seuls moyens, généraux et locaux, que nous avons indiqués sont suffisants pour ralentir considérablement le processus définitif, et pour amener une situation stationnaire dont beau-

deviennent ternes, secs et se cassent (dans l'herpès tonsurant) au-dessus de leur point d'émergence. On peut rapporter à cette même affection la sécheresse et la perte du brillant des cheveux que l'on observe chez les phtisiques et chez les individus atteints de fièvre.

Le fendillement spontané des cheveux constitue une forme idiopa-

---

coup de malades se contenteront. Sous leur action, on voit diminuer progressivement les quantités de cheveux perdus chaque jour, l'adhérence être plus solide, le prurit disparaître, et la mue épithéliale devenir insensible.

S'il en est autrement, si le bénéfice obtenu est éphémère, l'indication de la médication locale se présente, et varie selon qu'il y a de la desquamation sèche, de la desquamation sébacée, grasse, une hyperidrose positive.

Dans le premier cas, on obtient, généralement, un effet avantageux des applications grasses additionnées de soufre, d'acide salicylique, de résorcine, d'ichthyol, de goudron, de baume du Pérou, de naphtol, etc., en proportions variées selon la tolérance individuelle.

Nous recommandons, le plus habituellement, la préparation suivante :

Acide salicylique, résorcine, baume du Pérou.	*āā* 0,50 à 1 gr.
Soufre précipité.	5 à 10 grammes.
Lanoline et vaseline	*āā* 50 —

On fait, *le soir*, sur la peau de la tête, une friction légère avec une petite quantité de cette préparation; et, le *lendemain matin*, la tête est lavée à *l'eau chaude*, à l'aide d'un des procédés de savonnage indiqués ci-dessus.

Si au contraire, pendant la saison chaude, ou en toute saison, le cuir chevelu est gras, humide, mouillé de sueur pendant la nuit, nous prescrivons, le soir, de faire sur la peau de la tête une friction avec une poudre inerte, amidon et iris de Florence, amidon simple, ou additionné d'aristol, de salol, de soufre précipité, ou de salicylate de bismuth dans les cas où l'hyperidrose et l'hyperséborrhée coïncident.

Le lendemain matin, le lavage de la tête est fait comme ci-dessus, toujours de façon à ce que le malade puisse n'être, en rien, gêné pendant le jour par la médication.

Lorsque les phénomènes accessoires : dermite, séborrhée, desquamation, hyperidrose, ont cessé, ou s'ils n'existent pas, on peut avoir recours aux applications légèrement excitantes employées, tous les jours comme simples soins de toilette, ou à intervalles réglés.

Le soir ou le matin, à sa convenance, le malade lave la tête à l'eau chaude avec un savon d'ichthyol, de naphtol, ou de goudron, etc., puis il passe sur le cuir chevelu, après avoir séché, un petit fragment d'éponge imprégné d'un alcoolat à volonté, auquel on ajoute des quantités, qui doivent toujours être très faibles, de teinture de can-

thique de l'atrophie propre des cheveux — Trichoptilose (1). On voit souvent les cheveux longs (ceux qui n'ont pas été touchés par les ciseaux, en général chez les femmes) se fendre en deux ou plusieurs fibres à partir de la pointe. Il est probable que cet état est le résultat d'une sécheresse limitée, puisque le cheveu reste d'ailleurs intact sous le rapport de la force et du développement. Duhring a observé une forme spéciale de fissuration longitudinale des cheveux, dans laquelle la déhis-

---

tharides, de teinture de noix vomique, de 1 à 5 pour 100; d'acides acétique, salicylique, citrique, de 0,50 centigrammes à 5 grammes pour 100 grammes, etc., etc.

Si les frictions laissent à leur suite trop de sécheresse, on étend l'alcoolat, d'eau simple, ou d'une eau distillée indifférente, du quart, du tiers, ou de la moitié ; ou bien on fait suivre la friction alcoolique de l'application d'une très petite quantité d'une huile fine, aromatisée ou non, et additionnée d'un peu d'acide salicylique pour assurer sa conservation — huile d'amandes douces, huile de pied de bœuf épurée, brillantine, huile de ricin 20 gr., alcool parfumé à 90°, 90 gr., etc., etc.

L'alopécie *sincipitale progressive excentrique*, plus particulière à la femme, réclame quelques compléments de traitement : A la périphérie de la plaque alopécique, déjà réalisée quand le médecin est consulté, nous faisons faire une tonsure aux ciseaux de 1 centimètre ; tous les cheveux confinant à l'aire alopécique centrale, qui sont grêles, atrophiés, sont enlevés à la pince jusqu'à la limite des cheveux sains, et pendant les mois que réclame le traitement, la tonsure circonférentielle aux ciseaux est renouvelée toutes les semaines.

Sur l'aire alopécique, et sur la périphérie, sont appliqués chaque jour les agents de traitement que nous avons détaillés ci-dessus, gradués selon les conditions particulières du sujet, de l'état local, et la période. Il est inutile de dire que l'aire centrale, si elle était arrivée à la période d'atrophie complète, restera dénudée ; mais la zone en voie d'évolution peut subir un arrêt prolongé dans son évolution, et l'augmentation de la dénudation être suspendue pour un temps plus ou moins long. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le mot de *Trichoptilose* — θρίξ, cheveu, πτίλωσις, disposition en forme de plume, a été créé par LITTRÉ, et employé pour la première fois en 1870 par DEVERGIE — Note sur la trichoptilose, affection des cheveux non décrite, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, Ire série, t. III, 1870, 1871, p. 5.

Les dermatologistes connaissent depuis longtemps le fendillement si commun de l'extrémité des cheveux, et le désignaient sous les noms de fendillement, de scissure ou de fissure des poils — dissociation des *fibres pileuses* du poil, de KÖLLIKER.

La scissure peut être radiculaire, occuper la tige, ou l'extrémité du poil : Cf. L. DUHRING — A case of undescr. form of Atrophy of the beard, *Am. Journ. of the med. Sc.*, 1878 ; G. TH. JACKSON, *A pract. treat. on the dis. of the hair and scalp*, New-York, 1887, p. 124 et suiv. ; RADCLIFFE CROCKER, *Diseases of the skin*, London, 1888, p. 598 et suiv. ;

cence se produisait du bulbe vers l'extérieur. Une forme plus fréquente est celle qui a été décrite pour la première fois par Wilks et Beigel, et à laquelle j'ai donné le nom de *trichorrhexis nodosa* (1) : c'est un boursouflement et un éclatement des poils, que j'ai assez souvent observé dans les poils de la barbe et de la moustache, mais rarement sur les cheveux. Sur un espace limité, ou sur toute la longueur des poils, on trouve

---

SEB. GIOVANNINI, S. Svil. norm. e s. alc. alter. d. peli, umani, *Atti d. R. Acad. med. di Roma*, 1886, 87, S. II, vol. 3, c. Tav.

Dans les cas les plus ordinaires et les plus légers, elle occupe seulement l'extrémité des cheveux et des poils, quand ceux-ci ne sont jamais coupés. Cette altération, *très commune* au cuir chevelu de la femme, l'est moins à la barbe ; cependant si l'on examine avec attention les sujets qui portent la moustache sans la tailler, il est très ordinaire de rencontrer un assez grand nombre de poils scissurés, pénicillés à leur extrémité libre, généralement altérés dans leur couleur, caducs, et venant aisément à la traction.

Cet état peut exister indépendamment de toute altération nodulaire du cheveu ou du poil, mais il coexiste souvent avec celle-là, qui est beaucoup plus rare, sans être difficile à rencontrer, quand on la cherche. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'éclatement du poil *avec nodosités dans sa continuité* paraît avoir été remarqué, à peu près simultanément, par E. WILSON, H. BEIGEL et WILKS ; mais c'est à H. BEIGEL qu'est due la première publication précise sous le nom de « Inflation and cracking of the hair — U. Auftr. u. Bersten d. Haare, *Sitz. d. math. — nat. Klasse d. Wiener Akad. d. Wissensch.*, 1855, Bd. XVII, S. 612 ; voy. aussi, du même auteur, Human hair, its struct., growth, diseases, and th. treatm. London, 1869, p. 105.

Cette affection passe souvent inaperçue du malade, plus souvent méconnue ou incomprise par le médecin ; les observations en pourront être multipliées aisément dans tous les pays où il est d'usage de porter la barbe non taillée ; on peut déjà le préjuger en voyant la proportion extraordinaire des cas observés chez des *médecins*.

Les dénominations seront bientôt plus nombreuses que les observations publiées ; mais, malgré les objections de forme et de fond qui lui sont applicables — voy. RICH. COLE NEWTON, nodositas crinium or Trichorrexis nodosa, *the med. Record.*, 1889, p. 375 — le terme de trichorrexie noueuse paraît le plus généralement adopté pour dénommer la variété nodulaire de la trichoptilose. — Voy. pour complément la note 2 de la page 229.

Les diverses variétés de trichoclasie, de trichoptilose, de nodosités, de cheveux fragiles, etc., qui sont visées dans les descriptions ci-dessus, ne se confondent pas avec les altérations *analogues* qui peuvent être constatées dans une série d'affections pilaires classées, favus, trichophyton, pelade, kératoses communes, etc., etc. Dans tous ces cas, elles ne constituent pas, comme dans la trichoptilose proprement dite, la lésion essentielle, mais seulement l'un des symptômes élémentaires.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

un ou plusieurs renflements sphériques ou fusiformes (W. G. Smith), placés à des distances variables sur la tige, ayant l'aspect de lentes ou donnant à tout le poil l'apparence d'un chapelet (1). A côté de cela, on trouve des tronçons de poils, terminés par une sorte de boursouflure de forme sphérique et d'un aspect terne, et quand ces tronçons existent en grand nombre, ils donnent à la barbe une apparence rappelant celle d'une barbe qui aurait été brûlée. Si on tire sur ces poils, ils se cassent aussitôt, au milieu d'un renflement noueux, dont la moitié inférieure reste sur le tronçon du poil. L'examen microscopique montre qu'au niveau de chaque nodosité la couche corticale du poil est renflée et fendillée, et que chaque renflement terminal représente la moitié inférieure, fendillée en forme de balai, d'une de ces nodosités qui a été cassée en deux, tandis que la portion du poil qui est située entre deux nodosités a son aspect normal, sauf que le canal médullaire est élargi en quelques points. D'ailleurs, la racine du poil est solidement adhérente, comme à l'état normal. Schwimmer admet que la racine elle-même est atteinte d'un certain degré de dépérissement et que par cela même la nutrition originelle du poil se trouve affaiblie. Michelson place également cette espèce de boursouflement et de rupture des poils sur la même ligne que le fendillement de la pointe et les regarde comme une conséquence de la sécheresse du cuir chevelu, provenant de l'affaiblissement de la nutrition et de l'afflux des humeurs. J'ai toujours été de cet avis. Mais cela n'explique pas pourquoi les poils en certains endroits sont renflés et se cassent. Mais quoiqu'en pense Wolfberg, l'affection ne procède certainement pas d'un traitement mécanique défectueux, avec lavage et brossage; elle est tout aussi peu d'origine parasitaire, puisque les cocci et les champignons qui existent parfois dans les cavités de la portion désagrégée des cheveux (Schwimmer, etc.) ne représentent que des dépôts accidentels.

G. Behrend est d'avis qu'à côté de la trichorrexie noueuse dont il vient d'être question, il faut considérer ces nodosités de la chevelure comme une variété spéciale qui a été décrite en premier lieu par W. G. Smith, puis par Mc. Call Anderson, Luce et Lesser (1),

(1) Cheveux moniliformes, Ringelhaaren, Monilethrix; *pili annulati*, aplasie moniliforme intermittente, etc. — Karsch, De capill. hum. color. quædam, *Diss. inaug. Gryphiæ*, 1846, p. 34, *cit.* Behrend; W. G. Smith, A rare nod. cond. of the hair, *Brit. med. Journ.*, 1879, 1880; Luce, s. un cas curieux d'alop., *Thèse de Paris* 1879; Mc Call Anderson, On a unusual case of hered. Trichorr. nod., *Lancet*, 1883; Payne, Hairs show. nod. condit., *Path. transact.*, Vol. XXXVII, 1886, p. 540, with plate (There were two cases, brothers, æt. one and two

par ce dernier sous le nom emprunté à Karsch de cheveux moniliformes, variété dans laquelle le poil présente à des distances régulières, d'environ 1 millimètre, des épaississements fusiformes. Entre ces renflements, le poil est aminci et n'offre aucune tendance à se fendiller et à se rompre. Behrend ayant trouvé cette alternance d'épaississement et d'amincissement non seulement sur la partie extra-folliculaire de la chevelure, mais aussi dans la portion qui se trouve à l'intérieur du follicule, croit devoir admettre, avec Virchow, pour cette anomalie, une aplasie périodique du poil provenant de la papille, et à laquelle correspondrait la partie amincie du poil, tandis que la portion fusiforme appartiendrait à la phase de formation normale.

La trichorrexie noueuse est très défigurante et extrêmement tenace.

Le traitement local (applications de soufre, de savon, de goudron et

---

years, *cit.* H. Radcliffe Crocker, *loc. cit.*, p. 600 ; Edm. Lesser, ein Fall von Ringelhaaren, Vortr. gehalt. in d. dermat. Sect. der Natur. in Strassburg 1885, separat. Abd. d. *Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.* 1885-86 ; Behrend, u. Knotenbildung am. Haarsch., Berlin. med. Gesellsch. Feb. 1885, Virchow's Arch. Bd. 103, 1886, m. Taf.

Ainsi que nous l'avons indiqué plusieurs fois, et en dernier lieu à la séance de mars de la Société française de dermatologie, l'aplasie moniliforme ne constitue pas, pour nous, une affection propre ; elle est le *résultat* d'une altération fonctionnelle de la formation du poil, qui peut se rencontrer dans plusieurs états pathologiques.

On voit, assez fréquemment, dans la pelade, des tronçons de poils ainsi constitués : l'*extrémité libre*, généralement brisée en pinceau, de coloration et de calibre normaux; puis, ce calibre diminue brusquement jusqu'à la racine, atrophiée elle-même, en même temps que la partie correspondante de la *tige* est absolument dépigmentée et transparente comme du verre. Quelquefois cette atrophie avec dépigmentation, au lieu d'être *uniforme* jusqu'à la racine, *est interrompue par de courts renflements où le poil reprend, à peu de choses près, sa couleur et son calibre.* Régularité et nombre des renflements à part, l'analogie avec l'aplasie moniliforme est entière, et complétée par les infiltrations d'air, et la brisure en pinceau d'un certain nombre de cheveux, lésions communes dans l'aplasie comme dans la pelade.

L'aplasie lamineuse est une des lésions de la *xérodermie pilaire*, forme d'ichthyose pilaire; maladie congénitale, héréditaire, familiale. On peut la rencontrer sur toutes les régions pilaires du corps sans exception — Voyez pour complément, *Compte rendu officiel de la Soc. franç. de Dermat.*, Paris, 1890, Arnozan, Hallopeau, E. Besnier, Hardy, Vidal, Brocq, et *Bulletin médical*, 1890, p. 501, De l'aplasie moniliforme des cheveux et des poils, exposé complet par Hallopeau, dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, en mai 1890. Cf. : Arnozan, P. Archambault, Note sur un cas de cheveux moniliformes, av. pl. *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1890, 3e série, T. I, p. 292.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

autres) est à peu près sans action contre la trichorrexie noueuse; dans quelques cas seulement on a obtenu un bon résultat en rasant complètement la barbe (1).

Toutes les formes ci-dessus de maladies du poil n'ont rien de commun avec cette autre lésion qui consiste en dépôts, brun jaune, jusqu'à rouge orange, très durs (Piedra) (2), finement granuleux et papuliformes, que l'on rencontre sur les poils, particulièrement dans le creux de l'aisselle. Ces dépôts sont difficilement solubles dans les acides et les alcalis, et, abstraction faite de cocci qui y sont mêlés, leur masse principale est formée des produits de dessiccation des glandes cutanées, particulièrement des glandes de l'aisselle.

---

(1) Les conditions diverses dans lesquelles se produisent les altérations pilaires dont il vient d'être question réclament une médication appropriée aux circonstances particulières relevées dans l'état général du malade, et dans les altérations que fait reconnaître l'examen de la peau au niveau des parties atteintes.

Contre la lésion elle-même, qui est un reliquat définitif, il n'y a rien à faire qu'à sectionner le poil entre son insertion et le point altéré, ou à l'avulser si la lésion est radiculaire.

Dans la plupart des cas de trichorrexie noueuse que nous avons pu observer, nous avons trouvé fort utile d'avulser par l'épilation tous les poils altérés, et de faire, jusqu'à la sortie du poil nouveau, des applications locales de teinture de cantharides pure ou mitigée, telles qu'elles ont été proposées par Rœser — De la Trichoptilose, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re Série, T. IX, 1877-78, p. 185.

Nous n'avons obtenu aucun bénéfice évident des applications de préparations mercurielles, soufrées, ou empyreumatiques; et quel qu'en soit le mode d'action, l'épilation réitérée nous a paru le procédé esssentiel de médication locale. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Beaucoup d'auteurs ont confondu, ou confondent, les nodosités vraies de la *trichorrexie noueuse*, avec les granulations ocracées, cristalloïdes, de la *trichomycose de la sueur rouge*, ou avec les agglomérats de parasites qui constituent les concrétions de la *piedra*, que nous décrirons plus loin aux *notes* de la trichomycose en général. — Voy. le mot Piedra, *à la table des matières*.

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué sommairement, T. I, note 1, p. 181, les incrustations pilaires de la sueur rouge, qui font ressembler les poils envahis aux fils qui ont été plongés dans des solutions salines saturées, sont appendues aux poils de l'aisselle, ou du pubis, comme des lentes de phthirius, et elles y sont fixées par la même substance agglutinative.

Le poil est simplement exfolié dans sa cuticule, non par de véritables endophytes, mais par des épiphytes qui forment à sa surface des incrustations diffuses, ou nodulaires; il n'est altéré, ni dans la substance de sa tige, ni dans sa racine, et reste en réalité sain et

ATROPHIE DES ONGLES

L'onychatrophie est souvent congénitale, elle se traduit par le manque ou la production défectueuse des ongles sur des doigts ou des orteils mal développés; en même temps, il y a en général absence de poils. Quand elle survient après la naissance, cette atrophie revêt les mêmes caractères de dégénérescence, de déformation, de décoloration, de friabilité, de mollesse, d'amincissement, que dans l'hypertrophie, et elle se produit sous l'influence des mêmes causes locales ou générales que celle-ci; c'est pourquoi je me borne à renvoyer à ce que j'en ai dit précédemment (v. tome II, page 88), au chapitre de l'*Onychauxe*.

Tous les processus en connexion avec des troubles de formation de

---

vivace; il est simplement dépoli, a perdu son brillant, et est devenu rude, et granuleux au toucher.

La nature parasitaire de ces concrétions a été soupçonnée d'abord par PAXTON, de Chichester — On a diseas. cond. of the hair of the axilla, probably of a parasitic origin, *Journ. of cut. med.*, T. III, p. 133, 1869, *cit.* PATTESON; — puis établie par EBERTH, Centralblatt f. med. Wissenchaften, 1873. Pag. 307: Ueber Bacterien im Schweiss. HOFFMANN, *Wien med. Wochench.*, 1873. N° 13, p. 292; PICK, *Ber. d. natur. Versam. zu Gratz*, 1873. *Babès; Centralblatt der med. Wiss.* 1882; puis *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1884; par F. BALZER et T. BARTHÉLEMY, Contr. à l'étude des sueurs colorées, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. V, 1884, p. 347, et, en dernier lieu, par R. GLASGOW PATTESON, — Trichomycosis nodosa, a bacillary disease of the hair, *Brit. med. Journ.*, 1889, p. 1166, anal. franç., par BROCQ, *in Ann. de Derm. et de Syph.*, 3e série, T. I, 1890, 254; et Trichomycosis nodosa: A correction and note, *The brit. med. Journ.*, Vol. II, 1890, p. 101 et par RADCLIFFE CROCKER, *Dis. of the skin*, 1888, p. 619. Cf. G. BEHREND, U. Trichomycosis nodosa (Juhel-Rénoy), Piedra (Osorio), *Separat. abdr. Berlin. Klin. Wochenschr*, 1890, n° 21.

Bien que la nature mycosique de cette affection soit attestée par tous ces auteurs réunis, qui ne sont cependant pas en accord sur la nature de l'élément, il faut encore un peu plus d'études sur ce point et des recherches nouvelles, puisque les *cultures* tentées par Patteson sont toujours restées insuffisantes.

ERASMUS WILSON — *Lect. on Dermat.*, 1876-78, p. 194, — considérait surtout l'érosion superficielle du poil, comme l'élément initial, produit par l'imbibition prolongée de celui-ci par un liquide acide, la sueur, et les « concrétions » comme secondaires : « In this condition, the hairs are favourable for the deposit and accumulation of the sediment of the secretions of the skin.... »; et il avait proposé, pour désigner cet état pathologique le mot de *lepothrix* « λεπις, a scale; θριζ, a hair; a scaly hair », dénomination évidemment sans valeur, à moins qu'on ne l'adopte sans tenir compte de sa signification étymolo-

l'épiderme : tels que l'eczéma chronique, le psoriasis, l'ichthyose, le lichen ruber, la syphilis, etc., peuvent avoir pour conséquence une production défectueuse des ongles. A la suite d'un psoriasis des doigts ayant duré plusieurs années, j'ai vu chez une jeune fille une formation unguéale incomplète, de telle façon que tous les ongles formaient des plaques molles, membraniformes, et ne présentaient pas la plus légère tendance à la kératinisation — hapalonychie (ἁπαλός = mou). Cet état existe actuellement depuis dix ans et est non seulement très défigurant, mais constitue un obstacle à tout travail manuel; il est aussi très douloureux, car des suppurations partant du pli et du lit de l'ongle apparaissent sous cet ongle membraneux, mais néanmoins fortement tendu.

J'ai observé dans l'asphyxie locale des mains une production unguéale mince, semblable à du verre, cassante et friable.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

Atrophie propre de la peau, idiopathique (xérodermie, stries atrophiques, atrophie sénile) et symptomatique (vergetures de grossesse). Atrophie quantitative et dégénérative. — Lupus érythémateux.

ATROPHIE PROPRE DE LA PEAU

On désigne sous ce nom une affection caractérisée par une diminution de l'épaisseur générale de la peau, ou de ses propriétés biologico-chimiques; il est facile de comprendre que puisque l'atrophie quantitative et l'atrophie qualitative sont étroitement liées l'une à l'autre, on les

---

gique. Patteson, sans prendre garde que Juhel-Rénoy — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IX, 1888, p. 777 — avait décrit la *piedra* sous le nom de *trichomycose nodulaire*, dénominatiou que Behrend — *loc. sup. cit.* — ne considère pas elle-même comme irréprochable, en ce sens qu'elle peut s'appliquer aussi à la microphytose axillaire), a dénommé le lepothrix, *trichomycosis nodosa*, ce qui est de nature à amener d'inévitables confusions. Abréviativement, le terme de *lepothrix* n'est pas à dédaigner; mais nous n'acceptons pas le qualificatif de noueuse pour la trichomycose, celui de granulée ou de cristalloïde serait plus exact; si l'on conserve le mot de trichomycose, on pourrait dire avec nous, *trichomycose de la sueur rouge*, mais on pourrait dire aussi *idrotrichose granulée* ou cristalloïde.

Indépendamment du siège spécial aux aisselles et au pubis, la multiplicité des granulations, leur rudesse, leur couleur, les incrustations intenses du poil, son absence de fragilité permettent aisément

trouve souvent associées ensemble. Qu'elle survienne spontanément ou consécutivement, l'atrophie de la peau est tantôt diffuse, occupant des portions considérables du tégument, tantôt limitée à de petites surfaces, formant des bandes ou des taches peu étendues.

Comme formes idiopathiques diffuses, nous citerons : la xérodermie et l'atrophie sénile.

J'ai donné le nom de *xérodermie, peau parcheminée* (me trouvant en cela partiellement d'accord avec Er. Wilson (1), le créateur de cette appellation), à une atrophie idiopathique diffuse de la peau qui se présente sous deux types différents.

L'une, que je désigne actuellement sous le nom de xérodermie pigmentaire, est caractérisée par un tableau morbide que j'ai rencontré jusqu'à présent dans dix cas, sept femmes et trois hommes, entre trois et vingt-deux ans; depuis, elle a été aussi constatée par Geber, Taylor, Heitzmann et Duhring, Rüder, Neisser, Vidal, Crocker, Pick, J.-C. White et Janowsky, également chez des personnes jeunes du sexe féminin (de sept à dix-huit ans). Le chiffre total des observations qui existent à ce jour s'élève à quarante-trois (2). Dans tous ces cas, les symptômes caractéristiques de cette maladie ont été identiques à ceux de la description que j'avais donnée en 1870.

La face, les oreilles, le cou, la nuque, les épaules et la poitrine jusqu'à la hauteur de la troisième côte, les bras et le dos des mains, quelquefois aussi la jambe et le dos des pieds, sont parsemés de taches brun jaune, d'étendue variable, ressemblant à des taches

---

de ne pas confondre le lepothrix avec la trichorrexie noueuse, et il sera également facile, cliniquement et histologiquement, comme nous le dirons plus loin, de distinguer l'idrotrichose granulée, de la *piedra*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Voy. plus loin note 1, page 234.

(2) Le chiffre de ces observations dépasse aujourd'hui cinquante-six en comptant les faits de X. ARNOZAN, Cas de xerod. pigm., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, 365; de V. BRIGIDI et G. MARCACCI, Un caso di xerod. pigm., *Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e d. Pelle*, 1888; de MC CALL ANDERSON, *The Brit. med. Journ.* 1889, p. 1284, et *Ann. de Derm. et de Syph.*, 3e série, t. I, 1890, page 181; de W. BROWN HUNTER, Notes of three cases of Xer. pigm., *eod. loc.* et *ibid.*, p. 182; de QUINQUAUD, Deux cas de Xerod. pigm., *Congrès de Paris, Compte rendu officiel*, p. 161; de THIBIERGE (deux cas), *eod. loc.*, p. 168; de J.-J. PRINGLE, *ibid.*, p. 172 (un cas) avec indication d'autres faits observés récemment en Angleterre par STEPHEN MACKENZIE, COLCOTT FOX et HUNTER; par A. ELSENBERG, Xerod. pigm. (Kaposi); Melan. lent. (Pick), *Arch. f. Dermat. und Syph.* 1890, p. 49 et suiv., etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

de rousseur, entre lesquelles se trouvent des dépressions superficielles, semblables à des cicatrices de variole, blanc brillant; ou bien la peau présente sa coloration normale.

De nombreuses dilatations vasculaires punctiformes ou plus grandes, ou bien linéaires, relèvent par leur couleur rouge l'aspect tacheté de la peau atteinte de cette affection. Son épiderme est mince, lisse en certains endroits; sur d'autres points, il se soulève en lamelles minces, ou bien il présente des sillons fins, il est cassant, fendillé, ridé, desséché comme du parchemin ; la peau elle-même a perdu sa vitalité, mais en même temps si la maladie persiste longtemps, la peau se plisse difficilement; elle adhère plus fortement aux tissus sous-jacents, elle est comme rétractée, pauvre en graisse. La peau du reste du corps est luxuriante, abondamment pourvue de graisse, normale sous ce rapport. Autant que les relations que l'on a données de ces faits et une observation prolongée permettent de juger du développement et de la marche de cette affection, elle s'est toujours manifestée dès la première jeunesse et elle a progressé constamment. Tout d'abord il se produit de petites dilatations vasculaires et de petites taches pigmentaires, puis ces varicosités disparaissent presque entièrement, et, à leur place, on voit survenir de petites dépressions atrophiques, blanc brillant, dépourvues de pigment; plus tard, il se forme une atrophie diffuse de la peau, au niveau de laquelle l'épiderme offre des rides et des sillons, ou se soulève en lamelles.

La peau, à mesure qu'elle s'altère davantage, devient le siège de diverses lésions secondaires : eczéma, rhagades et ulcérations superficielles; la bouche et l'orifice des narines se rétrécissent, il se forme aux paupières inférieures un ectropion qui entraîne parfois, comme je l'ai observé, le xérosis de la cornée.

Dans la plupart des faits observés jusqu'à présent — dans cinq de mes dix cas — il s'est développé en peu de mois sur des points disséminés de la face, des lèvres, du nez, des paupières, des joues, du pavillon des oreilles, du carcinome, du sarcome ou de l'angiome, qui, dans deux cas, ont plus tard envahi aussi les organes internes et ont amené la mort.

Quant à la nature et à la signification de ce processus spécial, il s'est produit des opinions de plus en plus variées, à mesure que le nombre des observations et des auteurs qui les ont faites est devenu plus grand.

La plupart de ces auteurs font de la néoformation vasculaire et de l'ectasie que j'ai décrites et de la pigmentose le point principal, ce qui est exprimé dans les noms nouveaux proposés pour la maladie, puisque Geber parle de cette affection comme d'une variété spéciale de nævus pigmentaire, et que Taylor la désigne sous le nom d'angiome

pigmentaire et atrophique, Pick de mélanose lenticulaire progressive; tandis que Neisser, tenant compte du phénomène de l'atrophie et complétant le nom de liodermie essentielle choisi par Auspitz, la décrit sous celui de liodermie avec mélanose et télangiectasie, Crocker d'atrophoderma pigmentaire, mais Vidal — laissant au temps le soin de décider la question — propose de l'appeler dermatose de Kaposi.

Il n'y a aucune raison pour renoncer à la dénomination que j'ai primitivement choisie, puisque tout d'abord elle est fondée historiquement et parce qu'elle exprime plus brièvement ce que les dénominations longues et compliquées nouvellement proposées s'efforcent de rendre, notamment qu'il existe un processus atrophique de la peau avec production de pigment et maladie des vaisseaux marchant avec l'atrophie ou en procédant — Xérodermie que j'ai décrite « *xeroderma mihi* » (1). Comme affection de la peau commençant dès la plus tendre

---

(1) Malgré le plaidoyer éloquent du professeur KAPOSI *pro denominatione suâ*, le nom qu'il a donné à la maladie si magistralement décrite par lui, ne réunit pas les suffrages des dermatologistes, dont la plupart ont proposé des dénominations différentes : *xeroderma*, HEBRA-KAPOSI, 1870; *nævus de forme rare*, GEBER, 1874; *angiome pigmentaire et atrophique*, R. W. TAYLOR, 1878; *xeroderma de Hebra*, DUHRING, 1878; *xeroderma pigmentosum*, KAPOSI, 1882; *liodermie essentielle avec mélanose et télangiectasies*, NEISSER, 1883; *dermatose de Kaposi*, E. VIDAL, 1883; *mélanose lenticulaire progressive*, PICK, 1884; *atrophoderma pigmentosum*, RADCLIFFE CROCKER, 1884; *maladie pigmentaire épithéliomateuse, lentigo épithéliomateux*, QUINQUAUD, BARRÉ, 1889; *épithéliomatose pigmentaire*, E. BESNIER.

Avant que le professeur Kaposi, prenant un des qualificatifs employés par TAYLOR (« *pigmentaire* »), n'ait complété sa dénomination première, le terme de xeroderma était inacceptable et, dans la première édition de cette *traduction*, t. II, p. 186, note 1, 1880, nous avons indiqué la nécessité de l'adjonction d'un qualificatif.

Nous avons fait remarquer que le terme de *xeroderma* avait déjà une signification, et qu'il était tout à fait insuffisant pour désigner l'affection complexe à laquelle on l'appliquait. Quelle que soit la part de « l'atrophie » cutanée dans le processus morbide, il est d'autant moins important de l'énoncer dans le radical du nom, que sa valeur absolue est inférieure à celle de l'élément épithéliomateux, lequel constitue une caractéristique anatomique essentielle, et représente le fait capital au point de vue de la gravité vitale.

Aussi, malgré l'antériorité, le droit de possession de la dénomination qui a la priorité, nous pensons formellement qu'il serait préférable d'appeler la maladie de Kaposi: *épithéliomatose pigmentaire* ou *pigmentose épithéliale*, en attendant qu'une connaissance plus approfondie de sa nature réelle permette enfin de lui donner une dénomination correcte, et non discutable.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

enfance, présentant un aspect frappant, par suite des taches pigmentaires et de l'ectasie vasculaire, la xérodermie pigmentaire a beaucoup de rapports avec la mélanose congénitale, le nævus et le lentigo. Mais elle se distingue cependant essentiellement des nævi, lesquels restent en général stationnaires, par son accroissement constant et rapide et par la transformation atrophique continuelle des tissus.

Les recherches anatomiques faites jusqu'à présent ont confirmé nos recherches et notre opinion du début et expliqué d'une manière satisfaisante les phénomènes que l'on observe cliniquement et leur mode de développement.

D'après ces recherches, le processus paraît commencer par la prolifération du tissu conjonctif des papilles et de l'endothélium des vaisseaux, à laquelle succède ensuite la rétraction des papilles et en partie leur atrophie, en d'autres points l'ectasie ou une néoformation de vaisseaux, et consécutivement une accumulation irrégulière de pigment avec excroissance des prolongements du réseau muqueux vers la face profonde, ectasie des glandes et dégénérescence de leur épithélium. C'est évidemment ce trouble apporté dans les conditions de croissance des tissus épithéliaux qui amène le développement, à coup sûr très remarquable chez des individus aussi jeunes, du carcinome et du sarcome.

Nous ne savons rien relativement aux causes de la xérodermie. La xérodermie pigmentaire est certainement constituée par une anomalie de formation et de nutrition du stratum papillaire, de sa portion vasculaire et pigmentée, car elle commence toujours avec la première année de la vie (1). La prédisposition congénitale se manifeste encore par l'apparition fréquente de la maladie chez des frères et sœurs. Dans mes dix cas, il y avait deux groupes l'un de deux, l'autre de trois frères et sœurs et, parmi les quarante-trois cas recueillis, il y avait six fois deux, quatre fois trois et une fois même sept frères et sœurs atteints de la maladie (2).

---

(1) Cela est la règle, non absolue. Dans une famille où un ou plusieurs enfants auraient été atteints d'épithéliomatose pigmentaire, on ne pourrait déclarer un sujet préservé parce que la première année serait passée sans qu'il ait présenté aucun indice de l'affection. Toutefois, le fait rapporté par Schwimmer au Congrès de Paris de 1889, du début de la maladie à l'âge de trente-cinq ans, étant très exceptionnel, on peut exprimer la réalité en disant que la maladie débute le plus ordinairement dans la première enfance, quelquefois dans la seconde enfance ou même pendant la jeunesse, exceptionnellement dans l'âge adulte. E. B. — A. D.

(2) Cette « prédisposition congénitale », pour nous servir des mots

Dans plusieurs cas on a incriminé l'influence de la lumière (Unna), du soleil (Pick), comme causes occasionnelles de la xérodermie pigmentaire. On ne peut pas plus faire intervenir ces causes pour la xérodermie pigmentaire que pour les taches de rousseur. Ni l'expérimentation ni les faits ne répondent à cette manière de voir (1).

Le diagnostic de la xérodermie pigmentaire ne paraît pas difficile, puisque, après la première description que j'en ai donnée, tous les cas nouveaux qui, il est vrai, étaient absolument concordants, ont été bien

---

de l'auteur, reste fort imparfaitement conçue; pour nous, il est difficile de n'y pas voir l'effet de quelque chose de plus *matériel*, transmis des parents aux enfants ; mais, d'autre part, nous sommes peu disposés à admettre qu'il puisse être question d'une origine parasitaire extrinsèque, *accidentelle*, comme celle qui est supposée exister, par exemple, dans les « psorospermoses ». La *consanguinité* si remarquable, qui existe parmi les conditions préalables des sujets atteints, ne saurait être oubliée; elle se produit même au second degré entre « cousins germains », comme dans le cas de Thibierge. Si la maladie dépend d'éléments apportés en naissant dans la peau, c'est aux générateurs qu'il faut en rapporter l'origine, et c'est là qu'il en faut chercher la source. Dans un travail récent — Contribution à l'étude du lentigo épithéliomateux, *Thèse de Paris*, 1890 — H.-J. Barré signale, chez les parents des malades, la fréquence de « l'*hérédité cancéreuse* ». Ce sont des questions posées, que les observateurs à venir auront à étudier de plus près au fur et à mesure que les progrès de nos connaissances permettront de comprendre, et d'expliquer, des choses que notre ignorance seule rend inexplicables et incompréhensibles.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cet avis est absolument le nôtre. Il est manifeste que tous les *irritants* cutanés, le soleil, l'air marin, la chaleur ou le froid, peuvent faciliter l'*évolution*, peut-être l'*éclosion* de la lésion, mais certainement, ils ne sauraient produire, de toutes pièces, une maladie aussi rare, aussi familiale, aussi solidement constituée dans ses phases et sa terminaison. Remarquant que les cas observés venaient souvent de la « campagne », notre élève distingué Thibierge a bien voulu rappeler au Congrès de Paris que nous avions fait une remarque analogue pour le *lupus érythémateux;* mais, dans l'un comme dans l'autre cas, nous ne voyons dans l'action de l'air et du soleil que des conditions excitantes.

Au même degré étiologique, nous plaçons l'action pigmentogène du vésicatoire dans le cas d'Arnozan; l'influence irritative et infectieuse des larmes chez les sujets atteints d'ectropion, signalée par Radcliffe Crocker et par Pringle.

Toutes ces constatations sont importantes à retenir au point de vue des soins à donner aux sujets atteints de pigmentose épithéliale, de la prophylaxie à instituer pour ceux qui y sont exposés par consanguinité avec les premiers; elles forment, provisoirement, une des bases les plus précises des indications thérapeutiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

diagnostiqués. Il existe toutefois une grande ressemblance avec les états atrophiques de la sclérodermie. Mais cette affection commence toujours par la sclérose du tissu. L'analogie est plus grande avec une certaine forme de lèpre maculeuse. Dans celle-ci, il survient cependant des anesthésies et des mutilations. La xérodermie se distingue de la pigmentose multiple, des lentigines et des éphélides par le développement continu et l'atrophie (1).

Le pronostic est défavorable, surtout en raison de la tendance au cancer et au carcinome, et je ne comprends pas comment quelques auteurs peuvent apprécier cette maladie d'une manière plus favorable.

On n'a encore guéri aucun malade et nous ne pouvons pas davantage enrayer le développement de la carcinomatose multiple (2).

Le traitement se borne à atténuer les symptômes subjectifs de tension, de sécheresse, de douleur au niveau des rhagades, des excoriations et des ulcérations, et à combattre les complications plus graves (3).

---

(1) Le début dans l'enfance, le développement familial quand il existe, la coïncidence des taches rouges, du lentigo, des cicatrices, des télangiectasies, des tumeurs, des ulcérations, de l'ectropion, des blépharites ciliaires glandulaires, de l'épiphora, des lésions des lèvres, l'aspect étrange et multicolore que tout cela produit, laisse en effet très peu de place à l'erreur, bien entendu à la condition que l'observateur ait la notion claire de l'entité morbide dont il s'agit. Ceux qui auront vu, même une seule fois, les magnifiques chromographies publiées par Kaposi, Radcliffe Crocker, F.-J. Pick, E. Vidal, ou qui auront eu devant les yeux cette étrange dermatose bariolée, n'auront plus jamais aucune difficulté à la reconnaître, même dans les cas peu avancés, ou frustes, dans les formes bénignes auxquelles J.-J. Pringle a fait allusion au Congrès de Paris — *loc. cit.*, p. 173. — La pigmentation qui est constante, et qui saute aux yeux, servira à éveiller l'attention, et à faire examiner les choses avec le soin nécessaire pour établir aisément le diagnostic. Les *lésions oculaires*, très communes, viendront compléter le tableau clinique ; elles ont été particulièrement signalées par Quinquaud, *loc. sup. cit.*, — blépharite ciliaire glandulaire avec chute des poils et destruction des follicules, télangiectasies de la conjonctive palpébrale, ptérygion sclérotical — qui a aussi attiré l'attention sur « l'eczéma orbiculaire fendillé des lèvres », lequel se trouve d'ailleurs plus ou moins indiqué dans plusieurs des chromographies publiées.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Ce pronostic doit être considéré comme provisoire, ou, au moins, comme susceptible d'être revisé par les progrès de la thérapeutique. On doit, en outre, faire remarquer que tous les cas ne présentent pas une gravité égale ni par la marche, ni par la généralisation ou par l'intensité des lésions. E. B. — A. D.

(3) Bien qu'on ne puisse encore fournir de faits concluants qui permettent d'infirmer ces propositions peu encourageantes, il est

Le second type de xérodermie, que j'ai observé plusieurs fois, constitue un état stationnaire de cancer, de sarcome, d'angiome, d'atrophie de la peau. Dans ce type, le tégument externe, depuis le milieu de la cuisse jusque sur la plante du pied, plus rarement depuis le bras jusque sur la paume de la main, présente une couleur blanche singulière (il est pauvre en pigment), est tendu par places et ne peut être que difficilement soulevé, il est pâle ; son épiderme est extrêmement aminci, terne, ridé, il se soulève en lamelles minces et brillantes comme de la baudruche. Les extrémités des doigts, la paume des mains et la plante des pieds sont d'une extrême sensibilité, à cause de la tension très grande de la peau et de la protection insuffisante de leur épiderme, de sorte que la marche et le travail manuel sont excessivement pénibles pour les malades. Cette affection reste stationnaire depuis la première enfance. Ce caractère, joint aux symptômes que nous avons décrits, différencie facilement cette affection de la sclérodermie atrophique ; l'amincissement des éléments de la peau la distingue de l'ichthyose. Le but du traitement est de mitiger, par l'emploi de pommades et d'emplâtres anodins, la sécheresse et la tension de l'épiderme, et de protéger la plante des pieds contre la pression dans la marche.

L'atrophie sénile de la peau donne naissance aux modifications de l'aspect et de la constitution du tégument, qui sont connues pour être le résultat de la vieillesse. La peau des vieillards a une coloration

---

permis de penser que, dans une affection dont le processus est très lent, l'intervention médicale ne sera pas indéfiniment aussi nulle.

On sait déjà que certaines conditions *extérieures* favorisent l'évolution rapide du mal : soleil, chaleur, froid, air marin, manque de soins locaux, irritants superficiels, liquide lacrymal, etc., et on a des bases précises pour instituer une *prophylaxie* qui devra être énergiquement poursuivie, soit chez les sujets déjà atteints, soit sur ceux que les conditions de famille exposent au développement de la maladie.

Les agents internes de la médication épithéliale peuvent être tentés, chlorate de potasse, injections sous-cutanées arsenicales, ou autres agents à expérimenter.

Localement, la rugination, la cautérisation électrique, l'extirpation des tumeurs volumineuses, les injections interstitielles ; les pansements avec les médicaments énergiques dont on dispose actuellement, la chrysarobine, la résorcine, l'acide pyrogallique, que Unna a déjà recommandés, l'aristol, le naphtol camphré, le chlorate de potasse, etc. En un mot, tout est autorisé en présence d'une affection aussi fatalement funeste, *excepté* l'abstention.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

variant du brun pâle au brun foncé, elle est sèche, couverte de rides, desquamant (pityriasis des tabescents) ; elle présente souvent sur le tronc, le cou et les bras de nombreuses productions verruciformes plates (v. t. II, page 46), disséminées, dont la dimension varie d'une lentille à celle d'un centime, brun jaune sale, et que l'on peut facilement casser en petits fragments et détacher avec l'ongle. Leur base est constituée ou par la peau lisse, ou par un groupe de papilles qui forme une saillie mamelonnée, végétante, saignant facilement ; ou bien ces productions constituent l'expansion d'un prolongement épidermique qui sort à travers l'orifice élargi d'une glande sébacée, et elles sont formées par une agglomération de cellules épidermiques contenant des granulations graisseuses. Habituellement la peau des vieillards, par suite de la diminution du pannicule graisseux, est moins étroitement adhérente aux tissus sous-jacents, et peut être soulevée en larges plis.

Cet état de la peau sénile, tel que nous venons de le décrire, est le résumé d'une somme de modifications anatomiques qui intéressent la plupart des éléments de la peau dans le processus de régresssion sénile, et qui correspondent en réalité à celle de la métamorphose régressive qui atteint aussi d'autres organes et d'autres systèmes.

Ces modifications anatomiques peuvent être distinguées en : 1° *dessiccation*, et 2° *dégénérescence.*

La *dessiccation*, induration (Paget) ou atrophie simple de la peau, (Virchow), a pour signe caractéristique le manque de sucs et la condensation du tissu ; de plus, la reproduction amoindrie des éléments nouveaux a pour conséquence la réduction et le dépérissement de tout l'appareil cutané. La couche épidermique rétractée passe d'une façon uniforme et sans former de prolongements distincts au-dessus des papilles aplaties. Le chorion aminci renferme des corpuscules de tissu conjonctif petits, ratatinés, misérables, à côté de faisceaux fibreux pigmentés ; ses aréoles devenues plus étroites contiennent un liquide peu abondant et pauvre en cellules ; les vaisseaux sont en partie détruits (Kölliker), ou présentent des dilatations anormales (Neumann), et sont remplis de débris de pigment. Dans beaucoup de follicules pileux, la papille est atrophiée, le poil manque ou bien c'est un poil follet, les cellules de la gaine externe de la racine ont pris la consistance cornée et dépriment, par places, le follicule ; beaucoup de glandes sébacées sont dilatées, particulièrement dans quelques-uns de leurs acini, qui sont remplis de débris épidermiques accumulés par couches ; les cellules adipeuses sont molles ou bien elles manquent par séries, de façon qu'à leur place on ne trouve que le réseau trabéculaire à forme rhomboïdale du tissu conjonctif.

La seconde variété de l'atrophie sénile a surtout le caractère de dégénérescence, en ce que les éléments de la peau subissent une métamorphose organique qui consiste en un amoindrissement de leurs propriétés végétatives et fonctionnelles. Ainsi les fibres de tissu cellulaire paraissent troubles par suite de la présence de granulations, ou bien leurs contours devenant confus, elles se transforment en une masse plus homogène, indurée, ou même cassante, états qui sont connus sous les noms de gonflement vitreux, dégénescence amyloïde, colloïde, hyaloïde, cireuse, lardacée, graisseuse (Rokitansky, Virchow, Weber).

Dans un cas de papules jaunes, transparentes, mollusciformes de la face qui rappelaient le milium-colloïde d'E. Wagner (v. t. 1er, p. 211), E. Besnier a constaté la dégénérescence colloïde du tissu conjonctif du derme (1).

L'*atrophie circonscrite idiopathique* de la peau s'observe sous forme de traînées longues de plusieurs centimètres, large de 2 à 5 millimètres, blanches, formant une légère dépression au-dessous de la peau normale environnante, ressemblant à des cicatrices, ou à des taches ayant le même aspect, dont la dimension varie de celle de

---

(1) Voy. E. Wagner, Das Kolloid-Milium der Haut, *Arch. d. Heilk.*, T. VII, p. 463, 1866; E. Besnier, S. un cas de dég. colloïde du derme. aff. non décrite, non dénommée, ou improprement dénommée *colloid milium*, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, T. X, p. 461, 1879, et *Gaz. hebdom.*, 1879, p. 645; Feulard et Balzer, Nouveau cas de dégén. colloïde du derme, *Ann. de Dermat.*, 2e série, T. VI, 1885, p. 342; 1re *Édit.*, T. I, p. 234, *note* 1, et dans l'*édition présente*, T. I, p. 204, *note* 1, p. 211, *note* 1; Pièces du Musée de l'Hôpital Saint-Louis, nos 614 et 1019; et Cf : R. Liveing, Rem. on colloid degener. of the skin, *The Brit. med. Journ.*, 1886; H. Leloir et E. Vidal, *Traité cit.*, 2e Livr. *Colloid-Milium*, p. 125, Dégénérescence colloïde nodulo-miliaire (H. Leloir), Hyalom der Haut (H. Auspitz); L. Philippson, Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier), und des Hydradenom (Darier-Jacquet) zu einander, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1890, T. XI, pp. 1 et suiv.

Leloir et Vidal proposent la dénomination de *Hyalome;* il nous paraît plus simple de conserver les termes de Wagner en les rectifiant, et de dire *colloïdome miliaire.*

Le diagnostic du colloïdome miliaire ne présente pas de difficultés pour un observateur prévenu, qui reconnaîtra aisément les petites élevures miliaires brillantes, vésiculoïdes, jaune-citron, transparentes, jamais hématiques, inégales, irrégulières, distinctes, même quand elles coalescent, ne donnant à la piqûre d'aiguille qu'une gouttelette de sang, *et, quand on les écrase, une matière gélatineuse translucide*, qui suffisent à individualiser objectivement cette affection rare.

Ces caractères différencient nettement le colloïdome miliaire, des *Idradénomes* de Darier et Jacquet — voy. plus loin les *notes* du

l'ongle à celle d'une pièce de 5 francs en argent, — *stries et macules atrophiques de la peau*, — qui se développent sur les fesses, sur les trochanters, sur le bord antérieur du bassin, sur les cuisses, au-dessus de la rotule, mais souvent aussi sur le tronc, le cou, les bras, chez les personnes adultes de l'un et l'autre sexe : ces stries et taches surviennent sans que les malades s'en aperçoivent, et elles sont persistantes. Les taches atrophiques sont en général isolées; les stries décrivent deux ou plusieurs lignes longitudinales et parallèles, formant un angle variable avec l'axe longitudinal du corps, suivant la direction des plis de la région atteinte; souvent sur les deux moitiés du corps, membres supérieurs et inférieurs, côtés de la flexion et de l'extension, thorax, les stries sont disposées symétriquement, comme dans un cas de Cantani. Au niveau de ces stries et de ces taches, la substance de la peau paraît au toucher amincie et déprimée. L'examen microscopique montre, ainsi que le prouvent surtout les belles préparations de Langer, que les faisceaux fibreux sont écartés les uns des autres en forme de bandes, et que les anses de tissu cellulaire qui entrent dans la composition des papilles ont subi une traction de haut en bas, de sorte que les papilles semblent presque entièrement effacées. Dans l'étendue des points atrophiques, on ne trouve qu'un petit nombre de vaisseaux, de glandes et de lobules graisseux.

B.-S. Schultze invoque, avec raison, pour expliquer la formation des stries et des taches atrophiques, la distension de la peau dans le développement rapide du bassin et des membres, car il a trouvé l'affection 36 fois sur 100 chez des personnes du sexe féminin (chez qui il n'y avait jamais eu de grossesse) et 6 fois sur 100 chez des individus du sexe masculin.

Dans le cas très intéressant, décrit par Cantani, d'un jeune homme de vingt ans, c'est la distension brusque de la peau par suite de l'augmentation rapide de la graisse qui paraît avoir occasionné les stries atrophiques.

Mais il n'est pas rare de rencontrer des taches et des stries semblables en voie de développement récent qui se traduisent par des hémorrhagies et leurs nuances bien connues de coloration, allant du

---

« lymphangiome tubéreux multiple » de Kaposi —; nous examinerons, à cette place, la question d'assimilation histologique proposée par Philippson — *loc. sup. cit.* — pour les deux altérations.

La rugination suffit à la curation immédiate, mais la reproduction peut se faire sous l'action des mêmes causes, dont la principale est, peut-être, l'action solaire.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

rouge bleu au brun, de telle sorte qu'il est incontestable que chaque tache et chaque strie atrophique sont précédées par une distension brusque ou graduelle des mailles et des faisceaux du derme avec déchirure simultanée de ses vaisseaux, tout à fait comme dans les cicatrices de grossesse dont je parlerai tout à l'heure. Tout comme la croissance rapide du squelette ou du coussinet graisseux, les tiraillements produits par l'extension forcée des mouvements, par les tractions violentes, peuvent aussi avoir le même résultat et augmenter par conséquent, avec le temps, le nombre des taches et des traînées atrophiques. Le cas de Cantani d'atrophie cutanée progressive est un exemple de ce genre, mais on n'a pas encore trouvé trace d'un véritable développement de l'atrophie partant de points isolés.

L'hémorrhagie qui accompagne la distension de la peau et la déchirure des vaisseaux est liée dans des cas rares à une tuméfaction simultanée du tissu atteint. Il en résulte la naissance de pomphi ou de stries et de taches analogues à des tumeurs avec les modifications de couleur que j'ai décrites ; ces altérations ne disparaissent qu'après des semaines et permettent de reconnaître la macule ou la strie atrophique correspondantes. Podratzky a présenté à la Société des médecins de Vienne un cas de ce genre chez un soldat, cas auquel j'ai pu donner cette interprétation ; un cas que Pelizzari a décrit comme érythème ortié atrophique appartient à la même catégorie. Il semble que, sous ce rapport, certaines personnes ont une prédisposition particulière, puisque de semblables déchirures se produisent dans une extension exagérée de la peau, dans la station verticale, en sautant, etc. Dans ces cas, le nombre et la localisation des stries deviennent par conséquent, avec les années, plus considérables et plus variés.

Des traumatismes, provenant même de causes externes, peuvent également occasionner une distension des couches profondes du chorion, sans lésion des couches supérieures (correspondant au nerf du front et de l'aile du nez) et laisser ensuite des macules et des stries atrophiques. C'est ainsi qu'Er. Wilson cite quelques cas dans lesquels l'atrophie linéaire, *linear atrophy*, s'est développée à la suite d'une influence traumatique et nerveuse (1).

Chez les personnes âgées, dans le marasme, plus rarement chez

(1) Les éraillures du derme que l'on connaît sous les noms de *vergetures*, *sugillations*, *vibices*, *stries livides*, *fausses cicatrices*, *cicatrices atrophiques*, *idiopathiques ou spontanées*, *stries linéaires*, *stries atrophiques*, *atrophie dermique linéaire*, *macules atrophiques*, *atrophoderme strié et maculeux*, etc., sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne semble l'avoir remarqué.

On les trouve, *à l'état physiologique*, comme simples stigmates de

celles d'un âge moyen, il se produit, par suite de la disparition du tissu sous-cutané, peut-être aussi d'une modification simultanée, dégénérative, analogue à celles des vieillards, un aspect particulier d'atrophie diffuse et progressive de la peau, dont des exemples ont

---

mouvements habituels ou professionnels, et on les retrouve dans les circonstances pathologiques *les plus variées*, et les plus imprévues. Leur mécanisme de formation, considéré par les uns comme purement physique, par les autres comme dystrophique, a toujours été l'objet de contestations, et d'interprétations hâtives ou prématurées.

Dans une série de publications précises — *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887, p. 400; 1888, p. 291; *Comptes rend. de la Soc. de Biol.*, 1887, p. 593; et *Arch. de méd. expériment.*, 1889, p. 131 — Troisier et Ménétrier ont montré que, conformément aux recherches de O. Kustner — z. Anat. d. Graviditätsnarben, *Virchow's Arch.* 1867, p. 210 — et en opposition avec l'opinion de Langer — U. d. Text. d. sogenn. Graviditätsnarben, *Med. Jahrb. v.* Stricker, 1880, p. 49 — il existait au niveau des vergetures une véritable solution de continuité du derme, une sorte de craquelure, une raréfaction, une élongation, une rupture plus ou moins complètes des fibres élastiques du chorion, les extrémités rompues se condensant sur la limite du sillon par rétraction de tissu, mais sans présenter aucune altération appréciable de leur structure normale. En 1867, Aug. Patenostre — Etude s. les altér. de la peau chez les vieillards, *Thèse de Paris*, avait signalé (obs. I) l'altération des fibres élastiques dans la peau sénile, où, cependant, à notre observation, les vergetures se produisent bien rarement.

Voilà un premier point arrêté: les vergetures — *stries linéaires* — sont des éraillures du derme, avec élongation ou rupture des fibres élastiques, et dissociation lamineuse.

L'épiderme distendu, et manquant de son élément tenseur, apparaît aminci, plicaturé à des degrés et dans des directions variables selon les régions, et l'état de tension ou de flaccidité de la peau; mieux qu'auparavant, il laisse voir par transparence la coloration des parties du sillon placées au-dessous de lui, rouge, rosée, livide, violacée, bleuâtre, pendant les premières phases, cérulescente, blanche ou blanc grisâtre dans les stades éloignés, quand l'aplasie *secondaire* est réalisée.

La coloration bleuâtre est celle qui a d'abord été remarquée par les anciens observateurs, et qui a fait comparer les stries linéaires aux *sugillations*, aux raies livides des cadavres, ou aux phénomènes qui suivent l'application sur la peau d'un *coup de fouet* ou de *verge* — *vergetures*.

Ces divers états de l'épiderme, et des parties sous-jacentes au niveau des vergetures, peuvent être étudiés dans tous leurs détails, et dans leurs variétés, sur une série de moulages que nous avons déposés dans ce but au Musée de l'hôpital Saint-Louis — n°s 668, 817, 766, 1039, 1275 et 1504 — et qui représentent des vergetures linéaires aiguës, lentes,

Suite de la note des Traducteurs.

récentes, très anciennes, etc., de différents points du tégument, et de de causes diverses.

En les confrontant avec la pièce nº 425 — voy. plus haut p. 94, 95, note 2 — on saisira du premier coup d'œil, et au toucher, les différences qui les séparent des sclérodermies linéaires (vergetures scléreuses), dans lesquelles les stries blanchâtres affectent une *disposition* et un *aspect* identiques, mais sont dures et saillantes, au lieu d'être flasques, et dépressibles au doigt.

Les altérations de structure du chorion qui succèdent à l'éraillure mécanique, les lésions *consécutives* du derme sont de nature aplasique. Dans les stades qui suivent l'élongation ou la rupture de la trame élastique, le champ papillaire s'atrophie, le réseau vasculaire superficiel disparaît. Quant aux altérations *préalables* à la formation de la vergeture, dégénérescence granulo-graisseuse, etc., aux altérations des nerfs, etc., elles peuvent être supposées, mais elles restent entièrement à déterminer.

Les *conditions* dans lesquelles on voit les vergetures se développer sont très *multipliées ;* par mesure d'ordre, nous distinguons des vergetures *articulaires*, *traumatiques*, *mécaniques et pathologiques*, *trophopathiques*, etc., etc.

a). *Vergetures articulaires :* Les plus simples représentent des élongations linéaires du tissu lamineux et élastique du chorion par tension considérable et réitérée ; on les rencontre très fréquentes, comme simple exagération des *plis de mouvement*, à la région lombaire, sous forme de stries allongées perpendiculaires à l'axe. On en saisira aisément le mécanisme de formation si on examine la région où elles existent en faisant, alternativement, ployer et redresser le corps du sujet chez lequel on les observe. Nous les désignons sous le nom de *vergetures articulaires, de stries linéaires physiologiques* ou de mouvement.

b). *Vergetures traumatiques :* Une semblable rupture linéaire de la trame conjonctivo-élastique du chorion peut être effectuée *directement*, sans effraction de l'épiderme, par un traumatisme localisé, un coup de fouet, de bâton, de baguette, etc., sans qu'il soit nécessaire, ainsi que plusieurs auteurs l'ont fait, pour des cas semblables, d'invoquer le trophisme pathologique — *Vergetures traumatiques.*

c). *Vergetures mécaniques et pathologiques :* Il est encore vraisemblable de faire intervenir la théorie mécanique pour expliquer la production des éraillures qui succèdent à des distensions plus ou moins brusques de la peau dans la *croissance rapide* des adolescents, malades ou non ; la *contraction exagérée* ou l'*hypertrophie des muscles* (?); l'*hypersarcose;* l'*anasargue aiguë;* la *grossesse;* l'*ascite;* les *tumeurs de l'abdomen.*, etc ; la *distension des mamelles* par les congestions menstruelles, lactées, etc. ; la distension de la peau par une *hernie*, etc. ; sa tension sur le thorax dilaté par un *épanchement*, ou réalisée du côté opposé à

Suite de la note des Traducteurs.

une lésion de la plèvre ou du poumon par le fait de l'hypertension due à la *suppléance fonctionnelle*, etc., etc.

Cependant déjà, pour cette catégorie de faits, il ne saurait échapper que ces causes ne produisent pas régulièrement et inévitablement les éraillures, et qu'il faut supposer, soit une fragilité individuelle, préalable, de la trame conjonctivo-élastique du chorion, soit une altération pathologique granulo-graisseuse de cette trame, dans les maladies aiguës, ou dans les cachexies de nutrition.

« We must admit the existence of a state of the integument favourable to their development, in which slight and trivial causes might prove sufficient to set up the morbid process » Er. WILSON, Striæ atrophicæ, *in Lect. on Dermatology*, 1874, 1875, p. 133.

Sur les vergetures diverses, Cf. :

Verget. de croissance, RÉGNIER, *Thèse de Paris*, 1860 ; v. de la fièvre typhoïde, MANOUVRIEZ (de Valenciennes), *Rec. d. trav. d. Cons. d'Hyg. d. Nord*, 1879, 78, et *Gaz. des hôp.*, 1879, p. 791 ; BOUCHARD, etc., *Bullet. de la Soc. clin. de Paris ;* TROISIER, BUCQUOY, *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 1888 ; de la tuberculose aiguë, GILBERT ; BEAUJEAN, vergetures des membres, *Thèse de Paris*, 1890 ; p. causes diverses, P.-J. LAVERNHE, Cont. à l'ét. de l'atroph. de la peau (vergetures), *Thèse de Paris*, 1886 ; *du thorax*, TROSSERT, verget. du thorax et du membre dans un cas de *pleurésie*, *Lyon méd.*, 1885 ; THAON, verg. du thorax chez un malade atteint de *pneumothorax*, *Bullet. de la Soc. clin.*, 1881 ; GIMBERT, *pneumothorax*, vergetures du côté opposé, *eod. loco*, 1886 ; MOREL-LAVALLÉE, verget. brachiopector. conséc. à une pleurésie, *France méd.*, 1881 ; GILBERT, note s. les verget. du thorax, *Arch. gén. de Méd.*, 1887 ; des *phthisiques*, TROISIER et MÉNÉTRIER, *Comptes rend. de la Soc. des hôp.*, 1887, etc., etc. ; de l'*obésité*, R.-W. TAYLOR, *New-York Med. Journ.*, 1886 ; des *lésions de la moelle* comparables à celles qui président à l'atrophie musculaire progressive, CANTANI, un caso d'atroph. cut. progress., *Morgagni*, 1881 ; CH. FÉRÉ et L. QUERMONNE, note sur des vergetures de la peau rencontrées chez des *névropathes*, *Progrès méd.*, 1881 ; des *épileptiques*, J. ARNOULD, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1887, etc., etc. ; KALTENBACH, verget. de la peau du cou d'un fœtus, *Centralbl. f. gynæcol.*, 1888 ; du *scrotum* dans les cas de hernie inguinoscrotale volumineuse, VERCHÈRE, *Bull. de la Soc. clin.*, 1887 ; de la hanche dans la *coxalgie*, BEAUJEAN, *loc. sup. cit. ;* des membres sup. et inf. par hypertrophie ou excès de contraction musculaire, GILBERT et BEAUJEAN, *ibid.*, etc., etc.

d). *Vergetures trophopathiques :* L'insuffisance de la théorie mécanique, qui a été l'occasion de toutes les dissertations faites sur le rôle de la « trophonévrose » et des « névrites périphériques », dans le développement des vergetures, apparaît plus évidente encore dans les cas où l'on voit se développer des altérations du même ordre à la suite de *processus morbides divers* ayant évolué dans le chorion, *érythèmes nodulaires ; sclérodermie ; léprides* et *syphilides* non ulcéreuses ; « vitiligo » de Bateman — T. FOX, *Lancet*, 1879, *cit.* RADCLIFFE CROCKER — etc., etc. ; *dermatites chroniques*, « chronic dry eczema » — ER. WILSON, *loc. cit.*, p. 134 ; — *pityriasis rubra*, dans un cas observé par nous ; etc. ; et même en dehors de toute cause appréciable ou appré-

Suite de la note des Traducteurs.

ciée. Cf. les cas distincts, mais intéressants à rapprocher, de *peau extensible, élastique*, etc., et Voy. : O. Seiffert, u. Cutis laxa, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1890, n° 3.

Dans ces cas, si la lésion cutanée est *diffuse*, les vergetures peuvent prendre la disposition typique de stries, comme dans notre cas de pityriasis rubra, où nous avons vu la face interne des cuisses se vergeter de stries linéaires arborescentes fines et élégantes ; mais, le plus ordinairement, elles prennent la forme arrondie de la lésion préalable — *vergetures arrondies.*

La première observation relative à cette forme est de 1867 ; elle appartient à Erasmus Wilson : On striæ et maculæ atrophicæ cutis, false cicatrices of the skin, *Journ. of cut. med. and. Dis. of the skin*, 1887, 68, vol. I, p. 146 ; et Striæ atroph. minimæ, *eod. loc.*, p. 209. — Après avoir décrit les trois variétés de « stries et macules atrophiques, d'atrophie linéaire de la peau, de fausses cicatrices, » *traumatiques, neurotiques, idiopathiques*, Wilson signale une autre forme de « cicatrice fausse ou spontanée » de la peau qui n'est ni linéaire, ni allongée, mais ronde ou ovale, du diamètre d'un demi à un quart de pouce, succèdant, sans aucune ulcération préalable, à des syphilides papuleuses.

« But we have recently met with another form of the spontaneous or false cicatrix of the skin, vhich we cannot term *stria*, because it was neither a streak nor was it elongated; it was round or oval in figure, measuring about a quarter to half an inch in diameter, and in the case in question was dispersed over the limbs and central region of the back, along the course of the spine.

The patient, a gentleman aged 26, called our attention to numerous glazed spots, which scarcely differed in colour from the surrounding integument, and uniform in level with the rest of the skin. On pressing the surrounding integument, the spots immediately assumed the appearance of deep pits, covered by a thin cicatrix-looking layer, that became corrugated by the pressure. It was evident that the normal tissue of the skin was gone, and that these round and oval spots corresponded in structure with the striœ atrophicœ. They first made their appearance at the age of twenty, had progressively increased in number, and gave rise to a sensation of slight itching. The gentleman himself was pollid and thin, and the skin unealthily nourished; he had passed two years in the West Indies; had suffered from dyspepsia, from disorder of the liver and spleen, and also from syphilis; and, it is not improbable, with spots of syphilitic congestion of the skin. There had been no tubercles and no ulceration. »

En 1875, R. W. Taylor — On a rare form of idiopathic localized or partial atrophy of the skin, *Arch. of. dermat.*, 1876, p. 114 — lut devant la Société dermatologique de New-York une observation de vergetures arrondies, pour lesquelles il réclame la qualification d'idiopathique, comme mieux appropriée que pour les vergetures linéaires, dans lesquelles intervient plus manifestement la tension anomale de la peau — Cf. Duhring, Stries et macules atrophiques idiopathiques

Suite de la note des Traducteurs.

et symptomatiques, *Traité cité*, Trad. de Barthélemy et Colson, p. 522.

En 1878, ROBERT LIVEING, dans une courte note — Clin. observ. on maculæ atroph., *Brit. med. Journ.*, p. 83 — décrivit une forme rare de macules atrophiques localisées dont il a pu observer l'*évolution :* tache érythémateuse, saillie dure, régression atrophique avec décoloration, forme ronde ou ovale, dimension d'une pièce de trois pences, au moins.

La nature exacte de la lésion première reste à étudier et à préciser, mais le fait de la pseudocicatrice, de la macule atrophique, de la lésion vergeturiforme, reste établi.

En 1880, en commun avec A. FOURNIER, nous avons déposé dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 668, le moulage d'une série de vergetures arrondies, que nous avons étiquetées macules cyaniques, macules atrophiques, et dont la cause nous échappa entièrement. Sur différents points du tronc et de l'addomen, un jeune officier bien portant, exempt de syphilis et de toute autre dermatose, avait un jour constaté une série de macules bleuâtres, arrondies, à épiderme plissé et plissant dans les mouvements, à base chorionique absente. Le sujet, très intelligent et très instruit, ne put nous donner aucun renseignement sur ce qui avait pu précéder ces altérations.

En 1884, la question est reprise, et étendue, par CELSO PELLIZARI, dans un excellent mémoire intitulé : Eritema orticato atrofizzante (atrophia parziale idiopatica della pelle) — *Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e. d. pelle*, 1894, p. 230 — et appuyée, pour la première fois (la seule jusqu'à présent), par un examen histobiopsique.

Malgré cela, le sujet n'attire pas l'attention, et il faut arriver à l'année 1887 pour trouver une observation isolée de NIVET, recueillie dans le service de A. FOURNIER — Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VIII, 1887, p. 641; et aux publications de F. BALZER, Vergetures consécutives à des syphilides papuleuses, —*Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1887, p. 404; Verget. ou macules atroph. chez un syph., *France méd.*, 1888, p. 402; et de BALZER et TH. REBLAUB, Contr. à l'étude des verg. arrondies ou macules atroph., consécut. aux érup. papul. syph. et non syph., Obs. d'érythème polymorphe dissociant — *Ann. de Derm. et de Syph.*, 2e série, T. X, 1889, p. 617 — travaux utilisés ou reproduits, sous l'inspiration de BALLER par son élève PELISSIER VASILIU — Contr. à l'étude des vergetures, et principalement des vergetures arrondies, macules atrophiques, *Thèse de Paris*, 1890 — COLCOTT FOX, Linear atrophy and multiple lipomata, etc. *Westminst. Hosp. Rep.*, vol. III, 1886.

Le fait de la production sans ulcérations, de stigmates indélébiles avec disparition sous-épidermique du substratum dermique, consécutifs à des altérations néoplasiques diverses du chorion est bien connu. Dans la syphilis, par exemple, il est classique qu'un grand nombre de

été communiqués par Buchwald (1) (atrophie idiopathique), Touton (2) (atrophie idiopathique acquise) et Pospelow (3) (atrophie idiopathique progressive), tous ces cas sont isolés. La peau paraît alors, sur de grandes surfaces, aux membres inférieurs, aux fesses, plus rarement sur le dos des mains, aux bras, sur le tronc, amincie, flasque, pauvre en graisse, assez mobile, sèche, couverte de fines squames et d'un brun ou blanc brillant comme dans le pityriasis des tabescents, comme du papier à cigarettes chiffonné (Pospelow), en même temps sous forme de points, de stries et de taches dans les nuances les plus diverses, marbrée de rouge bleu et de rouge brun, comme si elle était atteinte de nombreuses ecchymoses produites par écrasement. Ces dernières taches disparaissent en laissant après elles une pigmentation brune. Aux jambes, la peau devient ensuite plus mince, très fortement tendue. Le processus progresse peu à peu. Un cas de ce

---

Fin de la note des Traducteurs sur les vergetures.

lésions non ulcéreuses laissent à leur suite ce que l'on appelait une *cicatrice spontanée*.

Ce qui est nouveau, c'est de *séparer* ces altérations des cicatrices, de les rapporter à un processus d'atrophie pure, et plus encore avec Balzer de les assimiler, en *nom* et en fait, aux *vergetures*, c'est-à-dire de les définir « *une solution de continuité incomplète dans les éléments de la trame conjonctivo-élastique du derme, avec étirement des faisceaux non rompus, et sans réparation cicatricielle consécutive.* » Le tissu inodulaire, élément de la cicatrice vraie, fait constamment défaut.

Pour Balzer, le processus éruptif, l'afflux congestif, l'exsudat, la néoplasie, latents ou manifestes, déterminent *mécaniquement* la *dissociation* de la trame conjonctivo-élastique du derme ; les ruptures des fibres élastiques sont causées par distension ; mais il admet aussi des altérations de nutrition, altérations vitales de tissu, issues de l'innervation vasomotrice.

Provisoirement, force est de s'en tenir à ces interprétations, et de ne pas mener plus à fond l'assimilation avec les vergetures linéaires ; l'examen biopsique de Pellizari ne suffit pas à éclairer la question, et aucune étude anatomique, postérieure aux recherches de Troisier et Ménétrier, n'autorise à formuler une conclusion complète.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) (2) (3) Voici la bibliographie des quatre cas d'*atrophie idiopathique* de la peau qui ont été publiés: A. Buchwald, Ein Fall v. diff. idiop. Hautatroph., *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 553 ; G. Behrend, Ein Fall. v. idiop. angeborener Hautatroph., *Berlin. klin. Wochensch.*, 1885, p. 88 ; Touton, Ein F. erworbener idiop. Atrop. d. Haut., *Deutsche med. Wochensch.*, 1886, p. 118; Alexis Pospelow, Cas d'une atrophie idiop. de la peau, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VII, 1886, p. 505, avec planche. E. B. — A. D.

genre, concernant un homme de cinquante-cinq à soixante ans, a, pendant des années, occupé les spécialistes viennois. J'ai quelque fois vu chez des femmes le même processus, partant de la face dorsale de la main et progressant sur les bras, une fois au coude et sur les parties avoisinantes du côté de l'extension, mais d'un seul côté du bras et de l'avant-bras.

Les atrophies cutanées consécutives sont le résultat d'une affection traumatique ou pathologique, et se montrent toujours sous la forme soit d'atrophie simple, soit d'atrophie dégénérative. Une des formes de l'atrophie simple est l'atrophie par compression, produite par des tumeurs qui, nées dans la profondeur, refoulent la peau devant elles. Lorsque la pression est persistante, elle finit par amener dans le point qui subit les plus forts tiraillements une disparition complète des tissus, des déchirures, ou bien de l'inflammation et la gangrène. La distension n'est-elle que passagère, comme dans l'ascite, l'anasarque, il se produit des taches et des stries atrophiques semblables aux stries atrophiques idiopathiques. Chez les primipares, par suite de la distension de la peau que détermine autour du bassin l'augmentation de volume de l'utérus, il se forme (souvent avec des démangeaisons extrêmement pénibles) des taches hémorrhagiques violettes, qui plus tard pâlissent et font alors place à des taches et à des stries blanches et brillantes comme des cicatrices (vergetures de grossesse). Langer a démontré qu'il ne s'agit pas dans ce cas de cicatrices proprement dites, mais bien de la distension des mailles du tissu cellulaire et de l'aplatissement consécutif des papilles, qui se trouvent en même temps écartées les unes des autres, ainsi que les glandes.

On connaît bien également l'atrophie partielle du chorion, résultant d'une pression extérieure, sous un cor, sous les croûtes du favus.

Enfin, il faut encore ranger dans les atrophies consécutives les dépressions de la peau en forme de points et de taches, analogues à des cicatrices, qui succèdent à des infiltrats inflammatoires et néoplasiques du chorion, après que ceux-ci ont été résorbés, ou bien à des papules syphilitiques, au lupus, à la lèpre, au lichen ruber. Grâce à l'élasticité des portions de peau restées saines, les dépressions atrophiques qui reconnaissent cette origine disparaissent avec le temps d'une manière complète.

L'atrophie dégénérative symptomatique comporte les altérations de tissu que nous avons déjà énumérées à propos de la forme idiopathique, l'atrophie sénile. Elle survient en général à la suite d'altérations inflammatoires et néoplasiques chroniques de la peau, et par conséquent aussi à l'état diffus, à la suite de l'eczéma chronique, du pemphigus, de la dermatite chronique, du pityriasis rubra, de l'as-

phyxie locale et de l'œdème consécutif, des ulcérations du pied, et dans la sclérose chancreuse. Dans toutes ces affections, les éléments de la peau subissent, par le fait de la pression exercée par les masses infiltrées, de l'oblitération des vaisseaux et de l'envahissement de la métamorphose régressive qui n'épargne pas ces infiltrats eux-mêmes, les transformations que nous avons indiquées : les dégénérescences graisseuse, lardacée, cireuse, hyaloïde, vitreuse. Les fibres du tissu cellulaire et les vaisseaux présentent également dans cette affection la dégénérescence la plus frappante, et cette dernière semble habituellement être le résultat de l'altération pathologique de la paroi des vaisseaux (endartérite, dégénérescence endothéliale, infiltration adventitielle).

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

A côté des formes d'atrophie dégénérative de la peau que je viens de décrire, c'est-à-dire du derme dans tous ses éléments organiques et de tissu : tissu conjonctif, glandes, muscles, vaisseaux et épiderme, se place tout naturellement une espèce particulière de dégénérescence et d'atrophie cutanée. Restée jusqu'aujourd'hui très obscure en ses causes, procédant cliniquement d'un processus inflammatoire à forme et à évolution toutes spéciales, cette atrophie est connue sous le nom de lupus érythémateux.

Quoique la dénomination de lupus rappelle un processus de nature tout à fait différente, accompagné d'une disparition dégénérative et d'une consomption générale des tissus qui détermine directement la destruction des parties atteintes de la peau, et se traduit par conséquent localement par une action destructive, cependant la maladie appelée lupus érythémateux n'a absolument rien de commun avec le lupus vulgaire dont il sera question plus loin. On ne saurait assez blâmer des chirurgiens célèbres d'avoir confondu ces deux processus absolument différents; et, ce qui est encore plus regrettable, c'est que des dermatologistes de profession, comme Vidal et Renouard, se rendent coupables d'une semblable erreur (1).

Le caractère clinique et anatomique sous lequel le lupus érythémateux se présente toujours est celui de l'inflammation, comme je l'ai déjà fait remarquer, dans les années 1869 et 1872, à l'occasion d'un travail approfondi sur cette affection, et depuis lors à plusieurs reprises;

(1) C'est sans doute par courtoisie à l'égard de ses traducteurs que le professeur Kaposi ne les désigne pas nominativement parmi les auteurs qu'il vient d'anathématiser si vivement. Mais nous tenons

ce n'est que par amour pour un usage ancien et en raison de l'opportunité résultant de la consonnance du nom que nous avons rapproché l'étude du lupus érythémateux de celle du lupus vulgaire, mais en même temps nous avons utilisé ce rapprochement comme moyen de distinction, c'est-à-dire pour faire ressortir d'une manière frappante la différence des deux processus et obvier aux confusions.

Mais nous atteindrons peut-être encore mieux le but que nous venons d'indiquer en transférant, même dans la classification et dans le groupement naturel, le lupus érythémateux, là où paraît être sa place naturelle conformément à ses caractères pathologiques.

Il consiste essentiellement en une inflammation de la peau, une dermatite qui, comme nous le verrons, peut avoir son point de départ dans différentes couches et régions du derme et du tissu sous-cutané, mais affecte cependant principalement les follicules et les glandes sudoripares. Cependant ce n'est pas l'inflammation par elle-même qui caractérise le processus dans le lupus érythémateux, mais la terminaison régulière en une atrophie spéciale de la peau.

La place normale de ce processus, en connexion avec les formes dégénératives d'atrophie de la peau, est donc ici et non pas dans les inflammations (1).

Nous avons déjà insisté sur ce fait essentiel dans des occasions antérieures, sans approfondir alors aussi complètement cette question, car à ce moment il n'était pas possible de s'en rendre compte. A

à rappeler que nous sommes de ceux qui, le plus tôt et le plus hautement, avons déclaré et, pensons-nous, établi la nature tuberculeuse, scrofulotuberculeuse, *alias* « scrofuleuse », du lupus érythémateux.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Alors même que l'identité de nature des deux lupus serait discutable ou même réfutée, ce ne serait pas une raison pour placer le lupus érythémateux dans les « *atrophies* cutanées ». Si le lecteur veut bien se rappeler que l'auteur a réuni, dans ce même segment de sa classification, l'épithéliomatose pigmentaire, les stries atrophiques, l'atrophie cutanée sénile, etc., et le lupus érythémateux, il aura, sans que nous ayons besoin de le lui expliquer à nouveau, compris la défectuosité radicale du système de HEBRA.

Dans le lupus érythémateux, l'*atrophie cutanée* est, personne ne le conteste, un élément de première importance; mais cet élément est *consécutif*, terminal, ultime, et n'est pas fatal pour toute la lésion, ni pour toute son étendue; il *résulte* toujours de l'évolution préalable d'un processus dont la valeur, au point de vue de la *nature* de la lésion, est infiniment supérieure. Dans un grand nombre de leurs lésions, la syphilis, la lèpre, etc., etc., ont, aussi, pour terminaison dernière, une atrophie absolument semblable; il ne viendra à personne l'idée de

l'occasion des formes inflammatoires de la séborrhée de la face (tome I[er], p. 191), nous disions que Hebra a décrit des formes semblables comme séborrhée congestive (1845) et que « celles-ci peuvent être le premier degré du lupus érythémateux » (1). Mais cette séborrhée congestive peut exister des mois et des années sans devenir du lupus érythémateux. La séborrhée inflammatoire ne prend ce caractère que par la terminaison en rétraction cicatricielle (Voy. tome I[er], p. 196).

Cazenave a le premier (1851) observé et apprécié cette altération intense et persistante de la peau occasionnée par le processus. Il l'a appelée lupus, par analogie avec le lupus vulgaire, qui occasionne également des cicatrices, et érythémateux, en considération du symptôme clinique. Vraisemblablement Biett, sous le nom d'érythème centrifuge ou de lupus qui détruit en surface (1828), Thomson, Parkes (1850), sous celui de lupus superficiel, ont compris le même processus (2).

J'ai pu, à la suite d'observations récentes, étendre le tableau symptomatique de cette affection que Cazenave et Hebra croyaient avoir donné d'une façon complète (1869, 1872); et une série de recherches

---

classer ces affections dans les atrophies cutanées! Si l'auteur ne veut pas reconnaître la nature tuberculeuse de la néoplasie érythémato-lupique, il est parfaitement dans son droit, puisque telle est sa conviction; mais, de ce que la nature d'une lésion aussi spécifiée que le lupus érythémateux serait inconnue, il n'en résulterait pas moins de l'observation clinique, que cette lésion est tout à fait individualisée, qu'elle *fait espèce*, qu'elle est *spécifique*, et qu'il est par conséquent impossible de la déposer dans une catégorie aussi artificielle que celle où il l'a placée.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La « séborrhée congestive » peut *précéder* le lupus érythémateux, et, *dans le cas où cette deuxième lésion se superpose à la première*, être *suivie* de « terminaison en rétraction cicatricielle »; mais la séborrhée congestive, elle-même, ne donne jamais lieu à des altérations comparables à celles du lupus érythémateux, nous ne saurions laisser établir d'amphibologie sur ce point. E. B. — A. D.

(2) La dénomination de *lupus érythémateux*, aujourd'hui universellement adoptée, a été créée, par Cazenave, en 1851 — Conférences faites à l'hôpital Saint-Louis, 4 juin 1851, sur le lupus érythémateux, *in Ann. des mal. de la peau, et de la syphilis*, 3[e] volume, p. 297 — et appliquée à l'*érythème centrifuge*, au *lupus qui détruit en surface*, de Biett.

Bateman avait *vu* le lupus érythémateux — voy. pl. XVIII de son *Atlas*, — et il en faisait une variété localisée de l'ichthyose, l'*ichthyose simple*.

Rayer, *le premier*, déclara que c'était une erreur de ranger ces cas

histologiques (de Neumann, Geddings, Geber, de moi-même, de Stroganow, Thin, Jamieson, Th. Veiel, Robinson et d'autres auteurs) a jeté un certain jour sur le processus intime de la maladie.

Le début de l'affection est caractérisé par une ou plusieurs taches, de la dimension d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, rouges, un peu surélevées, et dont chacune est déprimée au centre, ou luisante comme une cicatrice, ou recouverte d'une squame mince et très adhérente. Cette squame centrale, à bords rouges, élevés, est caractéristique et forme comme le premier stade du lupus érythémateux.

Elle est le point de départ de deux formes différentes de la maladie, que j'ai distingué également par des noms différents :

I. Lupus érythémateux discoïde. Cette forme discoïde se développe dans l'espace de quelques mois, d'une ou de deux années, de la façon suivante. Le bord rouge surélevé s'étend en circonférence, tandis qu'au

---

dans les ichthyoses, et il les rattacha à une altération des *follicules sébacés* — voy. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, etc., 2e édit., t. II, 1835, p. 702. — Lors donc que Hebra décrivait, en 1845, la *séborrhée congestive*, il ne faisait que développer la notion posée par Rayer; il ne la créait pas.

Bien plus, le fait ici capital, c'est-à-dire la notion d'une variété de *lupus* distincte du lupus de Willan, appartient tout à fait à Biett, qui l'enseignait à l'hôpital Saint-Louis en 1828, non pas vaguement, mais bien comme une *variété* du lupus *non exedens*, ce dernier comprenant aussi une variété tuberculeuse — *Leçons cliniques* de Biett, in *Abrégé pratique des maladies de la peau* de Cazenave et Schedel, 2e édit., Paris, 1833, chapitre du *Lupus*, p. 399, *Lupus qui détruit en surface* :

« Le lupus étendu sur une surface plus ou moins large offre quelques variétés qui méritent d'être décrites. Ainsi, dans quelques cas bien rares, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On observe cette variété à la face, aux joues en particulier. *Il ne se développe pas de tubercules*, il ne se forme pas de croûtes, mais *la peau prend une teinte rouge;* des exfoliations épidermiques ont lieu sur la surface malade; la peau s'amincit graduellement; *elle est lisse, luisante, rouge, et offre ensuite l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle; la rougeur disparaît sous la pression du doigt*, etc. »

Quant à l'*érythème centrifuge*, qui constitue une des *formes* du lupus de Cazenave, Biett et Cazenave le décrivirent d'abord séparément; mais dans la 4e édition de l'*Abrégé pratique des maladies de la peau*, 1847, p. 464, article *Lupus*, Cazenave, déclare expressément que l'érythème centrifuge se rapporte à la première variété du lupus rongeant en surface (de Biett).

Ernest Besnier. — A. Doyon.

centre la peau se déprime, devient luisante comme une cicatrice, ou se tapisse d'écailles sèches, fortement adhérentes. De plus, les bords sont ordinairement envahis par de nombreux points noirs, dus à des comédons, ou par de nombreuses ouvertures glandulaires, dilatées et béantes.

Il se forme ainsi des disques ayant la dimension d'une lentille, d'une pièce de 20 centimes, d'une pièce de 5 francs en argent, et même de la paume de la main. Cette forme de lupus érythémateux survient surtout aux joues et sur le dos du nez, où la lésion figure une aile de papillon (Hebra), ou encore sur l'extrémité et les ailes du nez, les paupières, le pavillon de l'oreille, les lèvres, autour de l'orifice buccal, sur le cuir chevelu où elle détermine la chute des cheveux aux endroits qu'il atteint; on le voit aussi aux faces antérieure des doigts et inférieure des orteils, enfin sur tous les points de la face. Ces disques sont irrégulièrement disposés, isolés ou rangés en arcs de cercle, en lignes serpigineuses.

Chaque disque augmente jusqu'à occuper une surface donnée, puis persiste sans grand changement pendant des mois et des années, et enfin disparaît après la décoloration et l'affaissement de ses bords; toutefois il persiste une petite cicatrice déprimée au centre. Pendant ce temps, une nouvelle poussée se fait dans le voisinage, et ainsi, tant par suite de la longue durée de chacun des disques, que par la production de disques nouveaux, l'affection peut durer quinze, vingt ans. A part quelques rares complications, telles que : adénite sous-maxillaire, gonflement de la parotide ou érysipèle, les malades se portent bien pendant toute la durée de l'affection, et il ne leur en reste que la difformité du visage et une alopécie persistante, localisée aux points de la barbe et du cuir chevelu qui ont été atteints.

II. Lupus érythémateux disséminé ou agrégé. Il provient aussi des taches primitives que nous avons décrites; ces disques caractéristiques se développent en grand nombre sur la face, les joues et les autres points indiqués; l'extension de la maladie tient donc ici à une multiplication de ces efflorescences primaires et non plus à l'accroissement de chacune d'entre elles. Certaines de ces taches peuvent disparaître assez rapidement, tandis que les autres persistent pendant des mois, sans s'étendre beaucoup en surface. Des taches de cette nature atteignent quelquefois le développement de nodosités du volume d'un pois et plus volumineuses encore, rouge brun, traversées de vaisseaux ectasiés, rénitentes, en sphères lisses, ou présentant une rétraction cicatricielle au centre ou encore caractérisées par des dépressions correspondant à chaque orifice folliculaire. Ces nodosités ressemblent à s'y méprendre aux papules syphilitiques ou à du lupus et à de la

lèpre. Enfin, comme on l'observe au lobule des oreilles et sur les surfaces de flexion des doigts, ces taches se développent encore sous forme de nodosités volumineuses, analogues à des engelures, rouge bleu, dures et succulentes. Mais il s'en produit un grand nombre de nouvelles, disposées irrégulièrement et qui peuvent ainsi recouvrir des régions étendues de la peau.

Sous cette forme, l'éruption n'occupe plus seulement la face, le cuir chevelu, les lèvres, le pavillon des oreilles, les conduits auditifs, mais elle peut être répandue en grande proportion sur le tronc, les membres supérieurs, la face antérieure et postérieure des doigts, les orteils; parfois même elle peut être généralisée.

Ce développement peut se faire lentement et d'une manière presque insensible; quelquefois aussi on observe une éruption aiguë, fébrile, qui s'accompagne d'endolorissement et d'épanchement articulaires, de douleurs ostéocopes et de céphalée nocturnes. Dans un certain nombre de cas, nous avons vu un gonflement érysipélateux intense de la face, qui est resté localisé en ce point et que j'ai désigné sous le nom d'érysipèle persistant de la face, accompagné d'un état typhoïde, d'une température dépassant 40 degrés, de coma, de stupeur, de sécheresse de la langue; dans la moitié de ces cas, l'issue a été fatale.

Nous avons également observé plusieurs fois, et sur différents points de la peau, de petites phlyctènes hémorrhagiques ou contenant un liquide limpide, comme dans l'herpès iris; celles-ci, très multipliées, se desséchaient et formaient une croûte qui, en tombant, laissait voir les efflorescences caractéristiques, déprimées au centre, du lupus érythémateux.

Cette éruption aiguë est donc une variété spéciale du lupus érythémateux disséminé; elle n'accompagne la forme discoïde que rarement; et dans ce cas même elle se présente sous l'aspect de taches disséminées.

Les deux formes sont fréquemment combinées, soit dès le début, soit dans le cours de l'affection (1).

---

(1) Bien que, dans toutes ses formes ou variétés, le lupus érythémateux conserve toujours quelque caractère qui permette de le reconnaître, on ne saurait dissimuler que sa polymorphie est, en réalité, à ce point étendue qu'il n'est pas une seule de ces formes ou de ces variétés qui n'ait été décrite, et dénommée, comme une affection propre et distincte. Seuls, les progrès de la clinique ont permis de rallier les types aberrants, et de constituer l'*unité* de la maladie.

Mais cette unité légitime est à peine constituée que, déjà, de nouvelles difficultés sont soulevées en raison de différences objectives liées à de simples phénomènes de chronologie, de siège, de profon-

Suite de la note des Traducteurs.

deur, etc., à propos de quelques inégalités de marche ou d'issue, ou encore parce que la preuve histobactériologique de la nature tuberculeuse n'a pu être fournie.

On oublie que les mêmes arguments ont longtemps servi à contester, contre nous, la nature tuberculeuse, aujourd'hui proclamée, du lupus de Willan; que la variété objective, et les aspects paratypiques, sont une chose commune à toutes les espèces morbides; on ne se rend pas compte que l'agent pathogène du lupus érythémateux connu, ou non, a sa vitalité propre, ses variétés et ses degrés de virulence selon sa phase évolutive, et au prorata des associations ou des combinaisons des produits solubles qu'il sécrète, avec les produits d'autres micro-organismes, coexistants. Quoi de surprenant, dans ces conditions, que les réactions vitales du tégument soient multiples ; que la lésion produite soit multiforme, l'érythème tantôt simple, résolutif, tantôt atrophiant et cicatriciel, etc., etc. Et n'est-il pas aisé de comprendre que les variétés soient encore accrues par les différences de siège anatomique, de profondeur ou de superficialité, d'éléments glandulaires atteints ou respectés, de région anatomotopographique, etc., etc., non moins que par les *infections secondaires* concomitantes, l'action des médicaments chez les sujets à intolérance idiosyncrasique, etc., etc.

Nous considérons, pour notre part, comme non justifiées, ou au moins prématurées, les tentatives récentes de déclassement du lupus érythémateux. En fait, ce terme réunit légitimement une série importante de types dermatographiques qu'il est nécessaire de définir au point de vue des besoins de la pratique ; c'est à cette exigence que nous répondons dans les lignes suivantes :

Formes et variétés cliniques du lupus érythémateux.

Le créateur de l'espèce érythémateuse du lupus, Cazenave — Leç. s. les mal. de la peau, *in-folio*, Paris, 1856, avec pl., p. 174, — reconnaissait dans le lupus érythémateux, trois formes principales auxquelles, il assignait les caractères suivants que nous résumons :

La première forme, érythémateuse pure, à type ortié, sans exfoliation, se terminant par « un amincissement particulier, une sorte d'usure de la peau, qui est blanche, décolorée, et reste légèrement boursouflée ».

La seconde, plus fréquente, a pour siège l'extrémité nasale « sous la forme d'une rougeur très luisante, ressemblant à une engelure. Le nez est gonflé, tendu, douloureux » ; après des alternatives, cette rougeur devient permanente, est le siège d'une exfoliation débutant par le centre, et envoyant par sa partie profonde, des prolongements correspondant aux orifices sébacés. Quand cette rougeur a disparu, il existe, à sa place, une « véritable cicatrice ».

La troisième variété s'observe au nez, aux joues, au cuir chevelu. « Elle est caractérisée par des taches circonscrites, d'un rouge moins vif, qui se recouvrent bientôt de petites croûtes sèches, dures, assez adhé-

Suite de la note des Traducteurs.

rentes. Au visage, elles prennent l'apparence piquetée de l'*acne sebacea;* elles ont une tendance à s'étendre ; il n'est pas rare de les voir, partant du nez, par exemple, s'irradier sur les joues, sous forme de digitations rouges, et gagner, soit le bord des paupières, soit la commissure des lèvres. Si l'on examine attentivement les croûtes, on voit qu'elles sont formées par l'agglomération de granules semblables à des grains de sable, et correspondant aux orifices sébacés. Elles sont très sèches, très dures, très adhérentes. Quand le malade guérit, elles laissent à leur place des cicatrices gaufrées très remarquables.

« Au cuir chevelu, cette variété de lupus s'annonce par la chute des cheveux et par la présence de petites écailles grisâtres, sèches, très dures. Si l'on rase les parties malades, on voit, çà et là, des points dénudés, glabres; ce sont des cicatrices occupant des points précédemment envahis. »

Ce serait exagérer de dire que la description de Cazenave soit tout à fait suffisante, mais c'est être simplement juste de reconnaître qu'elle renferme les traits principaux.

En fait, il existe dans le lupus érythémateux deux types dermatographiques principaux réalisés selon que les altérations prédominent dans le système vasculaire du derme vague, ou, au contraire, qu'elles se limitent plus particulièrement aux appareils différenciés : *a*). *type vasculaire ou érythémateux; b*). *type folliculaire.*

a). *Type vasculaire ou érythémateux.*— Ce type est représenté par des taches, des plaques, des nappes lisses, de *couleur* rose, rouge, livide, pâle, chamois, maculeuse, etc., etc., disparaissant en partie sous la pression du doigt; hyperhémiques, télangiectasiques, quelquefois hémorragiques; avec œdème lymphatique diffus, *élévation légère*, et laissant une empreinte superficielle à la pression convenablement exercée. — Selon les régions, les sujets, les périodes, l'état d'intégrité thérapeutique des surfaces atteintes, la peau est lisse, luisante, sèche ou stéatidrosique, squamulaire, squameuse, à exfoliation très adhérente par ses insertions folliculaires.

La *forme* des altérations est ponctuée, nummulaire, diffuse; les contours en sont plus ou moins bien limités; le centre se déprime ordinairement, s'aplatit relativement, s'exfolie, reprend l'aspect normal, ou demeure atrophié, cicatriciel, en même temps que la bordure s'étale, et que le processus centrifuge évolue — *Erythème centrifuge.* Le plus ordinairement, ces altérations présentent un aspect *sui generis* assez accentué pour que le diagnostic objectif extemporané en soit extrêmement aisé; quelquefois, au contraire, partiellement, les altérations sont *larvées*, et simulent celle de l'érythème pernio, des engelures, de l'érythème multiforme, etc.

b). *Type folliculaire.* — Exceptionnellement, on peut l'observer pur — sébacé, sudoral, pilaire — sans manifestation hyperhémique autre que celle du début, ou de la périphérie. Quelquefois diffus, plus

Suite de la note des Traducteurs.

ordinairement formant des plaques, des disques isolés, agminés, confluents, réguliers ou non. D'une manière plus ou moins nette, leur surface est d'un gris plâtreux, plus ou moins rugueuse, sèche, recouverte d'un exfoliat grisâtre extraordinairement adhérent, se continuant dans les canaux folliculaires et laissant voir, quand il est avulsé, une ponctuation fine, ou un granité hyperkératosique.

De la réunion, en proportions diverses, de l'association et de la combinaison de ces types naissent les *formes* et les *variétés cliniques*, extrêmement nombreuses si on veut arriver à la minutie, mais que l'on peut toujours rattacher à l'une des catégories suivantes : Forme vasculaire, forme folliculaire, forme mixte ou érythémato-folliculaire ; chacune d'elles comprenant un certain nombre de variétés.

I. — Forme vasculaire.

Elle comprend trois variétés : *a*). le *lupus érythémateux simple ; b*). le *lupus érythémateux exanthématoïde*, *lupus exanthématique* ; *c*). le *lupus érythémateux livide*, *asphyxique, lupus pernio*.

a). *Lupus érythémateux simple.* — Ses caractères prédominants se rapportent au type érythémateux pur, que nous venons de décrire : Une partie plus ou moins grande du visage, du cuir chevelu, des oreilles, tantôt avec une symétrie parfaite autour du centre de la face — *vespertilio;* tantôt avec une symétrie imparfaite, ou nulle, est occupée par des plaques lisses, légèrement élevées, lisses, vernissées, ou au contraire desquamant à la manière du « pityriasis » ou du psoriasis — *lupus érythémato-squameux*, *pityriasiforme*, *psoriasiforme*, etc., ou recouvert d'un enduit stéatosique sec ou huileux — *L. séborrhéique* ou *séborrhagique*, etc.

La marche de l'affection est lente ; l'infiltration du derme quelquefois très accentuée — *L. ér. hypertrophique ;* l'atrophie progressive et indélébile, — inévitable ; la curation difficile. Le mode évolutif, la chronicité, le progrès périphérique et l'atrophie centrale, le type desquamatif, l'hyperesthésie spéciale au toucher, l'infiltration dermique, l'alopécie, etc., constituent des éléments de différenciation très précis.

b). *Lupus érythémateux exanthématoïde*, *Lupus exanthématique.* — Cette variété se particularise par la symétrie qui est très accentuée, la dissémination, le caractère partiellement ou totalement résolutif, intermittent, ou plus exactement rémittent, la marche subaiguë, et par une variété d'efflorescences qui lui donnent parfois les caractères de l'érythème multiforme, particulièrement de l'*iris* et d'une espèce d'*hydroa* — *Lupus iris.*

Mais, même dans les cas les plus frustes ou les mieux larvés, quelques éléments présentent toujours les caractères du lupus érythémateux simple, commun, soit au milieu des groupes érythématoïdes, soit sur un point différent, tel que le cuir chevelu. De plus;

Suite de la note des Traducteurs.

si l'on suspend son jugement pour suivre l'évolution des éléments éruptifs, à part quelques cas exceptionnels, entièrement résolutifs, on peut toujours retrouver les traces de l'atrophie centrale, ou voir se développer des accidents plus profonds du côté des ganglions, des viscères, des méninges, des synoviales.

Le lupus exanthématique peut être *localisé*, ou *disséminé ;* dans les deux espèces, il présente des formes *légères*, *moyennes*, *graves* ou *malignes*.

L. exanth. localisé : Tantôt l'éruption occupe une petite partie du centre de la face, le dos du nez par exemple ; tantôt elle occupe tout le centre, les oreilles, la région mastoïdienne avec ou sans déterminations sur le cuir chevelu ; elle est typiquement symétrique ; l'évolution de chaque élément est rapide, son progrès centrifuge très évident, l'infiltration dermique peu accentuée, la bordure érythémateuse très nette. Mais la symétrie, la localisation centrale, ne sont pas constantes, la lésion peut être latérale, de même qu'elle peut être parfaitement symétrique dans les formes folliculaires, lesquelles comme les formes vasculaires peuvent, par leurs dispositions, comporter les termes de *papillon*, de *vespertilio*, de *bat's wing disease*, etc.

L. exanthématique généralisé. En même temps que les altérations se développent à la face, ou plus ordinairement à leur suite, on les voit apparaître sur le col, sur le dos des mains, les côtés des doigts, la face palmaire, plus rarement sur la totalité des membres supérieurs, le haut de la poitrine, etc. — Voy. HALLOPEAU, Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce 1540, année 1890.

Plusieurs *variétés* sont à distinguer : parmi elles, l'une propre aux très jeunes sujets, quelquefois saisonnière — lupus-engelure — *relativement* bénigne, pouvant disparaître sans laisser d'atrophie cicatricielle appréciable, mais pouvant être *suivie* d'adénopathies secondaires persistantes, et de tuberculose viscérale ; l'autre, propre aux adultes, rare, quelquefois *subaiguë*, *avec ou sans arthropathies*, encore curable, mais d'autres fois, aiguë, galopante, infectieuse, maligne, menant, avec ou sans rémissions, à la terminaison funeste, avec lésions pulmonaires tuberculeuses, néphrite albumineuse, etc. Tel le cas de la malade dont l'un de nous a déposé les pièces, moulées par Baretta, dans le musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les nos 284 et 285, année 1873. Dans ces formes malignes, l'affection peut encore présenter des rémissions assez prononcées pour faire prendre le change ; mais des poussées nouvelles se manifestent ; des stases circulatoires considérables apparaissent aux extrémités, qui sont dans un véritable état d'asphyxie locale ; des complications pulmonaires, cardiaques, et rénales, se manifestent, et la mort survient rapidement.

Cette même forme morbide peut être observée, au contraire, avec une marche lente chronique, et se prolonger pendant d'assez longues périodes. Une des infirmières de l'hôpital Saint-Louis est dans cet état depuis plusieurs années, faisant son service malgré des congestions bronchiques fréquentes, ayant de l'œdème des membres inférieurs,

Suite de la note des Traducteurs.

et une albuminurie considérable. Elle n'a jamais voulu consentir à accepter un lit d'hôpital, et à se considérer comme une malade.

Nous n'avons observé ces formes morbides que chez la femme adulte (vingt-cinq à trente-cinq ans).

La variété subaiguë, *iris*, se distingue nettement par sa généralisation simultanée à la face et aux extrémités; par la rapidité de son évolution; par la vivacité de l'anneau érythémateux, contrastant avec la pâleur du plateau central que l'on trouve encroûté par l'exsudat, entièrement plâtreux au centre quand l'élément est petit, et seulement en dedans de l'anneau rouge quand la surface est élargie par un processus rapide.

Chaque disque comprend : *a*) un plateau central pâle, blanc, squameux; *b*) immédiatement, un anneau rouge pâle; *c*) et en dehors un anneau rouge vif.

Lorsque les anneaux se rencontrent, leurs bords d'affleurement s'effacent plus ou moins complètement et forment un contour *festonné.*

A la paume des mains, l'épaisseur de la couche cornée rend la lésion plus fruste, et l'anneau érythémateux diffus; mais la desquamation crétacée s'y retrouve nettement.

c). Le *lupus érythémateux*, *asphyxique*, *pernio*, s'observe à la face et aux extrémités; il débute sur les pavillons au niveau de l'ourlet, puis apparaît sur le dos du nez ou sur les régions malaires, et sur le dos des mains.

Sur la face et sur le nez, la teinte *initiale* est érythémateuse, avec la ponctuation folliculaire vulgaire; sur les oreilles, il ressemble surtout à l'engelure livide indolente, ou à l'asphyxie cutanée; mais au lieu de ne s'accompagner, comme dans les formes communes, que d'une exfoliation crétacée au-dessous de laquelle se forment les *cicatrices érodées*, il se produit des points de nécrose auxquels correspondent des exulcérations bourgeonnantes, superficielles, croûteuses, à la répétition desquelles succèdent de véritables pertes de substance. Sur le dos des mains, les lésions discrètes, sont celles du lupus érythémateux vulgaire avec lividité plus accentuée. Tous ces caractères sont représentés sur la pièce 992 du Musée, déposée par nous en 1884.

Les lésions progressant lentement, par années, deviennent plus accentuées et plus livides — pièce 1150, année 1886 — des varicosités volumineuses se dessinent; le tissu atteint reste friable, dépourvu de résistance à la pression — pièce 1230, année 1887 —; enfin, des nécrobioses se produisent comme sur les oreilles — pièce 1429, année 1889 — de nouvelles plaques de lupus érythémateux commun apparaissent sur les extrémités, et les *synovites fongueuses*, qui existaient presque dès le début, deviennent plus accentuées — Voy. E. Besnier, Lupus pernio de la face; synovites fongueuses (scrofulo-tuberculeuses) symétriques des extrémités supérieures, *Réunion clin. des Méd. de l'hôp. Saint-Louis*, 1888-89, p. 82.

Suite de la note des Traducteurs.

II. FORMES FOLLICULAIRES. — FORME MIXTE.

a). *Lupus acnéique ; b*). *Lupus érythémato-folliculaire.*

a). *Lupus acnéique ou folliculaire.* Cette variété répond au *type folliculaire* que nous avons indiqué tout à l'heure ; elle correspond à l'*herpès crétacé* de Devergie, *Traité* cité, p. 276. Bien que la description qu'il en a donnée soit assez confuse, on retrouve autour des plaques crétacées, indiqué dans ses observations, le liséré érythémateux caractéristique, et chez le sujet du premier des cas qu'il publie, GIBERT avait porté le diagnostic de *lupus érythémateux*.

Dans son type le plus net, il répond, ainsi que nous l'avons établi il y a longtemps, à l'*acné atrophique* de Chausit, et à ce que HARDY décrit sous le nom de *scrofulide cornée*, ou *acnéique*, bien que divers auteurs aient regardé cette dénomination (scrofulide *cornée*) comme ayant été donnée par lui à diverses autres lésions, telles que le lupus papillaire kératosique, etc. Voici la description de Hardy :

« La scrofulide acnéique est caractérisée par une ou plusieurs taches d'un gris sale, quelquefois entourées d'une auréole violacée, légèrement saillantes au-dessus de la peau, assez régulièrement arrondies ; à la surface, il n'y a pas de squames, mais on trouve une multitude de petites aspérités qui donnent à la main la sensation d'une râpe. A la longue, on constate que les orifices arrondis des conduits sébacés sont élargis, entr'ouverts, et que les aspérités sont formées par de la matière sébacée durcie. Lorsque ces points saillants viennent à tomber, on aperçoit l'orifice du conduit de la glande sébacée béant ; mais une nouvelle production ne tarde pas à paraître et à l'obstruer. C'est surtout à la figure, aux oreilles, à la nuque, au cou, que l'on rencontre ces plaques, dont le nombre et les dimensions sont variables.

« Au bout d'un certain temps, quelquefois sous l'influence du traitement, ces plaques s'affaissent, les productions acnéiques tombent pour ne plus se reproduire, et il reste seulement des cicatrices déprimées, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcérations, etc. ; *Traité cité*, p. 949. »

b). *Lupus érythémato-folliculaire.* C'est la forme prédominante ; exceptionnellement elle couvre de grandes surfaces conservant, au milieu de leur aire, la rougeur érythémateuse, maculée par places de rudiments squameux ou crétacés, et bordées par une ligne sinueuse crétacée, érythémateuse, ou pigmentaire. Le plus ordinairement, la rougeur s'éteint au centre et se cantonne à la bordure, formant une lisière érythémateuse un peu élevée, qui marque le processus de progression, sépare nettement les parties malades des parties saines, et forme la limite du plateau central plus ou moins déprimé, quelquefois cupuliforme, ou, au contraire, un peu surélevé quand il n'a pas été débarrassé de son exsudat plâtreux.

Le plus ordinairement, le lupus érythémato-acnéique est en *disques* — *lupus érythémateux discoïde* — nettement dessinés, surtout dans

Suite de la Note des Traducteurs.

les cas où la prédominance folliculaire est très décidée, formant tantôt un disque *unique*, complet ou incomplet, semi-lunaire — pièce du Musée de Saint-Louis, 370, déposée par nous — ou au contraire, un grand *nombre de disques*, *nettement arrondis*, isolés ou confluents — pièces 307, 435, 1014, — constituant dans ce dernier cas, par leur réunion, des aires plus ou moins larges, dont le centre est variable suivant les cas, ou selon le degré de l'évolution, et dont le bord, pigmenté ou érythémateux, présente une délinéation polycyclique — pièces 435, 1104.

Dans quelques éléments, sur un même sujet, ou dans tous les éléments, la surface centrale est lisse, atrophiée, ou cicatricielle, parcourue de télangiectasies rares, de taches pigmentaires, ou présentant encore quelques îlots érythémateux, desquamatifs ou crétacés ; glabre par destruction des follicules.

Quelquefois, les bords eux-mêmes, en même temps que la surface entière, demeurent couverts de l'exsudat crétacé — pièce 373 déposée par Lailler — ou même disparaissent entièrement, de manière que la notion du disque et de l'érythème est entièrement effacée et que l'altération est *eczématiforme*, — pièce 339 déposée par Lailler ; pièce 304 déposée par Vidal.

Dans d'autres cas, au contraire, le bord est excessif, élevé, festonné et presque saillant — pièce 168 déposée par Hillairet.

Enfin, au lieu d'être couvert d'un exsudat plâtreux, blanc grisâtre, le *disque* de lupus érythémateux peut être tapissé d'un enduit gras, jaunâtre, croûteux, simulant d'assez près *l'acné sébacée concrète*, pour que l'on trouve justifiée la dénomination de *lupus séborrhéique* ou *séborrhagique* usitée par quelques auteurs. Cette forme est, habituellement, discrète, occupant le lobule, ou une partie du dos du nez, et quelques points attenant, la cavité de la conque, etc.

Malgré toutes ces nuances, la presque totalité des cas de lupus érythémato-acnéique vus d'ensemble, présente une telle uniformité générale que le diagnostic n'en offre vraiment pas de difficulté; et qu'il n'est pas besoin, pour les spécifier, de multiplier les dénominations.

C'est toujours une lésion à début érythémateux, à évolution centrifuge, excentrique, se bordant d'une zone érythémateuse, en même temps que le centre devient atrophique ou cicatriciel, et reste, ou non, plus ou moins longtemps recouvert d'un enduit plâtreux, léger ou considérable, superficiel ou profondément inséré, toujours extrêmement résistant.

Ordinairement, la bordure érythémateuse se perçoit nettement; quelquefois, elle est recouverte elle-même par l'enduit plâtreux, ou remplacée par une ligne pigmentée; exceptionnellement, elle fait complètement défaut. Tout cela, chez des sujets divers, ou sur une même région, chez un même sujet.

Le centre, toujours déprimé dans les formes acnéiques, peut être décoloré incomplètement, atrophique, cicatriciel, un peu inégal, con-

La marche du lupus érythémateux est toujours extrêmement lente, attendu que les taches et les disques persistent pendant des mois et des années, et que la maladie se prolonge d'ordinaire pendant 10, 15 et 20 ans.

Dans plusieurs cas de lupus érythémateux, j'ai vu la muqueuse de la voûte palatine et des joues présenter une lésion analogue : c'étaient des plaques, recouvertes d'excoriations punctiformes et lenticulaires, occupant dans un cas toute la face interne de la joue, superficielles, rouges ou tapissées d'un enduit grisâtre et de taches cicatricielles bleuâtres; cette affection s'est montrée aussi rebelle que celle qui siège à la peau.

Elle se termine en laissant des cicatrices sur la peau; ainsi après un lupus érythémateux disséminé, la face semble comme creusée par la petite vérole, les cheveux peuvent être tombés sur plusieurs points du cuir chevelu; certaines taches aussi disparaissent sans laisser aucune

---

Fin de la Note des Traducteurs.

servant quelques vestiges des bords de conjonction, toujours glabre.

Pratiquement, nous distinguons particulièrement deux formes cliniques dans le lupus mixte :

a). Le *lupus érythémateux discret*, en plaques, en disques, en îlots solitaires ou limités, occupant les divers points de la face avec une prédominance pour le nez et la partie attenante des joues, les oreilles, le cuir chevelu; à marche lente, à évolution excentrique, limitée, mais pouvant atteindre localement en intensité, et en profondeur dermique, aussi bien qu'en reliquats atrophiques, le degré des formes plus graves.

b). Le *lupus érythémateux agminé*, ou agrégé, se répandant sur des surfaces d'une tenue plus large, formant de vastes nappes qui peuvent occuper une grande portion de la face, du cuir chevelu, ou envahir une région particulière comme la portion velue du visage, ou la plus grande partie du cuir chevelu. Les nappes peuvent être serpigineuses, irrégulières, ou régulièrement discoïdes, formant des aires à marche excentrique, extensive, érythémateuses à la périphérie, pendant que le centre est devenu exfoliant, crétacé ou cicatriciel.

Quelques variétés de cette forme sont particulièrement graves, non seulement par leur malignité locale relative, mais en ce qu'elles coexistent, à une période de leur évolution, avec des manifestations sur la muqueuse buccale : face interne des lèvres, des joues, voûte palatine, et même sur le larynx ; avec des localisations pulmonaires, et des déterminations synoviales.

Voy., pour complément, p. 275 et suiv., les *notes* sur le diagnostic du lupus érythémateux.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

trace avant qu'il ne survienne, à leur place, une rétraction cicatricielle.

D'après ce qui précède, on peut dire que le pronostic n'est pas défavorable, en ce sens que le lupus érythémateux ne menace pas directement l'existence et que, dans la plupart des cas, l'organisme n'est pas en souffrance. Cela est vrai surtout pour la forme discoïde. Par contre, dans la forme disséminée, en raison de la possibilité d'une éruption aiguë et généralisée et des manifestations cérébrales qui l'accompagnent, le pronostic est grave, car dans neuf cas de ce genre nous en avons vu cinq, et dans cinquante-trois cas de lupus érythémateux huit se terminer par la mort. Dans six cas, il survint une pleuro-pneumonie et dans deux cas une tuberculose pulmonaire comme cause immédiate de la mort; en outre, dans un cas, une atrophie de l'écorce cérébrale et de l'œdème des méninges, dans un autre du marasme et de l'anémie. Dans un cas de lupus érythémateux aigu à issue fatale, Jarisch a trouvé des altérations inflammatoires dans les parties centrales latérales des cornes antérieures et dans la commissure antérieure, tandis que je n'ai rien pu trouver d'anormal dans un dernier cas semblable, en 1881, ni dans la moelle, ni dans les ganglions intervertébraux, ni dans le sympathique cervical.

Le traitement lui-même est moins applicable à cette forme disséminée, car il y a à la fois beaucoup de foyers morbides, et il s'en développe, çà et là, de nouveaux en grande quantité et d'une manière que l'on ne peut pas prévoir; par contre, il est plus favorable en ce sens que beaucoup de taches survenues d'une manière aiguë peuvent disparaître sans laisser de trace dans l'espace de peu de jours, c'est-à-dire sans qu'il se produise sur ces taches de rétraction cicatricielle.

Quant à la marche ordinaire et au siège, en général plus limité, c'est la forme discoïde qui est la plus favorable, mais elle laisse habituellement aussi des altérations cicatricielles de la peau plus intenses. La persistance, après guérison, de nombreuses télangiectasies dans l'intérieur et au pourtour des cicatrices, est aussi une conséquence fâcheuse de l'une et de l'autre variété du lupus érythémateux (1).

---

(1) Le pronostic du lupus érythémateux, à notre sens, comporte toujours, même dans les formes légères, une certaine gravité, puisque nous le considérons comme une des *formes* de la *tuberculose tégumentaire*.

Mais, abstraction faite de notre opinion personnelle qui importe peu, on ne peut se dissimuler la gravité, de quelque cause qu'elle soit, avouée par le professeur Kaposi, pour le lupus érythémateux, gravité bien extraordinaire pour une maladie classée dans les « atrophies » *cutanées*. L'existence de ce que l'on appelle les « compli-

Les recherches anatomiques de Neumann, Geddings, Geber, Thin, Stroganow, Robinson et les miennes, ont montré que la lésion fondamentale du lupus érythémateux est une inflammation de la peau amenant la dégénérescence et l'atrophie ; ce n'est donc pas sa nature intime, mais le point de vue pratique qui l'a fait rapprocher du lupus (1). Ces recherches ont établi d'une façon incontestable, que ce ne sont pas seulement les glandes sébacées et leur pourtour, mais aussi les glandes sudoripares (Kaposi, 1872, voir figure 9, *a*, *b*, p. 47, Thin, Robinson) et tous les tissus, toutes les couches de la peau (Geber, Stroganow) jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, qui peuvent être le point de départ et le siège de la maladie.

Ainsi la lésion débute tantôt par les couches superficielles et par les vaisseaux entourant les glandes sébacées et leur conduit excréteur (taches rouges, surélevées) ; tantôt, elle commence dans la profondeur par le réseau vasculaire entourant les glandes sudoripares (comme dans le lupus érythémateux de la paume de la main) et le pannicule adipeux (nodosités dures, œdémateuses), pour gagner de là, successivement, toutes les couches, tous les éléments de la peau.

Dans les lésions récentes, on trouve autour des follicules et des glandes de la peau, des amas cellulaires à côté des autres éléments histologiques de l'inflammation : dilatation des vaisseaux, prolifération de leurs parois, œdème, infiltration cellulaire du tissu conjonctif,

---

cations » du lupus érythémateux, lesquelles sont de véritables *localisations* viscérales, est avouée également par les auteurs les plus opposés à la thèse de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, qui confessent que les terminaisons malheureuses par *tuberculose pulmonaire* sont même *plus fréquentes* dans le lupus érythémateux que dans le lupus vulgaire, ce qui, d'ailleurs, n'est pas conforme à notre observation.

Le lupus érythémateux, enfin, est grave par les *cicatrices* indélébiles qu'il laisse, surtout dans les *formes profondes*, par sa *prédilection pour les parties découvertes*, par son extrême *ténacité*, par sa résistance, dans quelques cas, à toutes les médications, même les plus énergiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) On nous concédera que ce « *point de vue* » n'est pas à dédaigner, et qu'il est infiniment moins mouvant que le point de vue « anatomique ». C'est parce que Cazenave l'a compris, que la dénomination qu'il a créée reste debout, en dépit des dénégations de l'histologie, science qui apporte à la médecine un concours précieux, mais sujet à défaillances, et devant lequel la clinique ne peut se soumettre sans contrôle.

E. B. — A. D.

prolifération des corpuscules conjonctifs et des cellules d'infiltration, et cela, soit dans la profondeur du chorion (tubercules), soit dans les couches superficielles (taches rouges); il en résulte une prolifération des cellules glandulaires (séborrhée), l'induration et la tuméfaction nodulaire de la peau analogue à des engelures, la desquamation de l'épiderme. Si l'inflammation augmente, on trouve une exsudation de sérum et d'un liquide sanguinolent entre les couches épidermiques (formation de phlyctènes), et un épanchement de sang dans le chorion et le corps papillaire (hémorrhagie); souvent et en plusieurs endroits, il peut se faire dans ce stade une régression, une rémission des symptômes inflammatoires, une résorption de l'exsudat, et les taches peuvent ainsi disparaître sans laisser de traces. Mais, en règle générale, l'inflammation persiste et on observe une dégénérescence des tissus. Aussi trouve-t-on bientôt dans tous les îlots, à côté de légères tendances à former un tissu de granulation, une infiltration trouble, graisseuse, du réseau muqueux, ainsi que des cellules inflammatoires et du tissu conjonctif infiltré, suivie de résorption et de rétraction. Les mêmes métamorphoses des éléments glandulaires et du tissu connectif qui les entoure, déterminent une destruction des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares et des cellules graisseuses. Tandis que certains vaisseaux sanguins se rétractent, d'autres restent dilatés; c'est ainsi que se produit, comme résultat final de la lésion, l'atrophie cicatricielle complète des régions de la peau qui ont été atteintes (1).

---

(1) Cela est manifeste ; dans l'état actuel de l'histologie, il n'est pas possible de dépasser la constatation des *lésions réalisées*, et de s'élever à la connaissace de l'*agent irritant spécial* qui donne lieu aux altérations de tissu. Mais de ce que l'histologie est, *jusqu'à présent*, impuissante à faire cette détermination, faut-il considérer la science comme *fixée* sur ce point? On le pourrait, à la rigueur, si l'affection dont il s'agit n'était pas aussi fortement individualisée, et n'avait pas, pour le médecin qui observe *en liberté*, des attaches étroites avec la *maladie tuberculeuse* dont les manifestations tégumentaires, *extrêmement multipliées*, ont échappé longtemps aux observateurs, et sont encore aujourd'hui méconnues, et contestées, par ceux qui croient devoir subordonner absolument la clinique à l'anatomie. Personne, plus que nous, ne proclame toute l'importance de l'anatomie en médecine générale, et en pathologie cutanée; mais, nous le répétons, en conservant les choses à leur place, et réservant les droits de l'observation clinique.

Dans l'état des choses, l'histologie du lupus érythémateux est d'un grand secours pour comprendre la constitution des formes et des variétés; pour expliquer quelques-unes des raisons de la résistance de la maladie à certains procédés de traitement; pour bien établir ses

Suite de la note des Traducteurs.

diverses localisations de tissu et d'organes; mais elle n'apprend rien au delà; il faut, dans les déductions, s'arrêter où elle s'arrête, et ne pas mettre ses négations à la hauteur de l'affirmation des faits positifs que fournit l'observation médicale.

Afin de donner au lecteur l'exposé absolument indépendant de ces lésions, et ne pas être suspects de manquer de foi dans la description, nous avons prié le professeur Leloir, qui a fait de ces lésions une étude consommée, de nous donner, pour ces notes, le résumé de ses recherches, telles qu'il les a exposées, dans ses leçons faites en 1888, à l'hôpital Saint-Sauveur.

a). *Lésions du derme :* Elles sont exposées d'abord, les altérations de l'épiderme étant secondaires, consécutives.

On trouve dans le lupus érythémateux une infiltration diffuse du derme, localisée surtout dans les régions supérieures et en particulier dans le tiers supérieur de celui-ci, dans le territoire limité en haut par l'épiderme et en bas par les vaisseaux horizontaux.

Cette infiltration est variable d'ailleurs comme densité et comme étendue, d'après l'âge du lupus érythémateux et d'après sa forme. Mais, je le répète, son foyer principal, son maximum de localisation, siège au niveau du territoire cutané précité.

Cependant l'on trouve fréquemment une infiltration très discrète dans les parties profondes du derme et jusque dans l'hypoderme. Je n'ai jamais constaté que le tissu cellulaire sous-cutané soit le point de départ du mal, contrairement à ce qu'en ont dit Geber, Stroganoff et Kaposi, sauf peut-être dans un cas de lupus érythémateux de la paume de la main.

L'infiltration est constituée par une grande quantité de cellules embryonnaires groupées surtout le long des vaisseaux, mais disposées aussi d'une façon diffuse dans les mailles du derme et ne se réunissant nulle part en nodules comme dans le lupus vulgaire. Ainsi que E. Vidal et nous l'avons écrit en 1882 (H. Leloir et Vidal. — Sur l'anatomie pathologique du lupus. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, novembre 1882) ; si cette infiltration de cellules embryonnaires semble avoir une tendance à être plus prononcée au niveau des glandes cutanées, c'est qu'à ce niveau il existe un lacis vasculaire plus abondant.

Les cellules de l'infiltrat sont disposées d'une façon diffuse plus ou moins dense. Dans les coupes de lupus érythémateux au début, dans les parties profondes de la peau, ces cellules encore jeunes se colorent bien par le picro-carmin. Les cellules de l'infiltrat présentent tous les caractères des cellules embryonnaires. Une partie d'entre elles paraît provenir de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif où l'on peut constater en quelques points des signes évidents de karyokinèse; mais la majeure partie d'entre elles est évidemment un produit de diapédèse. — Ces cellules présentent des réactions histo-chimiques et des apparences bien différentes, indice, comme je l'ai remarqué en 1882, en collaboration avec E. Vidal (H. Leloir et E. Vidal, *loc. cit.*), d'une vitalité plus ou moins prononcée et de tendance d'un grand nombre d'entre elles à subir la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde. Mais il faut noter particulièrement ce fait; c'est que cette dégénérescence ne frappe pas les amas cellulaires en masse et à leur partie centrale comme dans le lupus vulgaire, mais qu'elle frappe les cellules individuellement, d'une façon diffuse, çà et là et en quelque sorte au

Suite de la note des Traducteurs.

hasard. Notons enfin que, d'une façon générale, par leur aspect et leurs réactions histo-chimiques, les cellules du lupus érythémateux m'ont paru être moins vivaces que celles du lupus vulgaire.

Dans aucun cas (contrairement à ce qui existe dans le lupus vulgaire, où les cellules géantes sont si nombreuses et si caractérisées), je n'ai trouvé de cellules géantes véritables. En quelques points de la coupe, on peut trouver des cellules de l'infiltrat au nombre de trois, quatre, cinq, et même plus, qui se réunissent, se fusionnent, pour former des masses granulo-graisseuses ou plus souvent des sortes de masses colloïdes.

L'on voit donc que l'infiltrat pathologique du lupus érythémateux est constitué par des cellules embryonnaires disposées d'une façon diffuse et dont une partie plus ou moins considérable subit la dégénérescence graisseuse ou colloïde, et cela d'une façon diffuse, irrégulière, en même temps que des cellules embryonnaires plus jeunes viennent envahir à leur tour les territoires tégumentaires altérés.

Parallèlement à l'envahissement des tissus par l'infiltrat pathologique, on voit ceux-ci présenter tous les signes de la dégénérescence granulo-graisseuse, ou de la dégénérescence colloïde, se résorber, s'atrophier, et finalement disparaître. Les faisceaux du tissu conjonctif sont aussi progressivement détruits, soit par îlots, soit d'une façon diffuse dans les couches supérieures du derme. Les fibres élastiques qui résistent longtemps finissent à leur tour par perdre leur aspect ondulé, par se fragmenter, et par disparaître. Au niveau des régions les plus atteintes, on constate que les faisceaux conjonctifs en partie détruits, sont remplacés par des cellules embryonnaires dont la plupart ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, et par une substance granulo-graisseuse.

Certaines coupes colorées au picro-carmin, avec leurs cellules embryonnaires non encore dégénérées et bien colorées en rouge par le carmin, mélangées aux cellules dégénérées et à la substance granulo-graisseuse colorée en gris jaunâtre, avec leurs îlots de faisceaux conjonctifs non encore détruits et colorés en rose, avec leurs petits îlots d'hémorrhagies interstitielles colorés en jaune verdâtre, présentent un aspect caractéristique.

Les parois d'un grand nombre de vaisseaux sanguins prolifèrent en beaucoup de points et reviennent à l'état embryonnaire. Un certain nombre d'entre ces vaisseaux sont en outre le siège d'endocapillarites et d'endovascularites oblitérantes.

Beaucoup de vaisseaux sanguins sont fortement dilatés; ils sont bourrés de globules rouges. Au niveau de ces vaisseaux sanguins dilatés, on peut constater des signes évidents de diapédèse. De plus il arrive souvent que, dans les couches superficielles du derme et même parfois dans les couches moyennes, on rencontre une quantité plus ou moins considérable de globules rouges, infiltrés d'une façon diffuse entre les éléments embryonnaires ou réunis çà et là sous forme de petits foyers hémorrhagiques. L'on peut constater aussi l'existence de vaisseaux de nouvelle formation, ce que l'on n'observe guère dans le lupus vulgaire.

Au début, les glandes pilo-sébacées, par suite de la congestion du réseau vasculaire qui les entoure, sont atteintes d'hypersécrétion, ce qui donne au lupus érythémateux un aspect spécial. Plus tard, par suite de leur envahissement par l'infiltrat, envahissement qui se fait au début dans les régions supérieures des glandes sébacées, elles sont atteintes à leur tour de dégénérescence granulo-graisseuse et finissent par disparaître complètement dans certains cas exceptionnels, comme les autres éléments dermiques envahis par le

Suite de la note des Traducteurs.

lupus érythémateux. Il arrive assez souvent que les glandes s'oblitèrent du côté de leur conduit, deviennent globuleuses, s'enkystent en quelque sorte, et par suite de la résorption interstitielle des tissus qui les englobent semblent ainsi se rapprocher de la surface libre de la peau. D'ordinaire, elles s'hypertrophient et se remplissent de cellules épidermiques desséchées. Ainsi se produisent ces sortes de corpuscules de milium que l'on observe à la surface du lupus érythémateux ou les bouchons de matière sébacée altérée qui hérissent la face inférieure des croûtes quand on détache celles-ci avec précaution. Les follicules pileux sont en général énormément dilatés dans les premiers stades du mal.

Les conduits excréteurs des glandes sudoripares sont envahis par l'infiltrat et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, comme l'ont montré Kaposi, Thin et Robinson. Ils finissent à leur tour par disparaître aussi. Il en est de même, dans certains cas exceptionnels, des glomérules des glandes sudoripares, quand le lupus érythémateux est profond et ancien.

Dans certains cas de lupus érythémateux des lèvres et des joues, excisés chez des sujets maigres, j'ai pu constater que les fibres musculaires striées elles-mêmes, sous l'influence de l'action exercée par l'infiltrat, très discret d'ailleurs, qui siégeait au niveau de l'hypoderme, tendaient à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les nerfs examinés dans les coupes ou par dissociation d'après la méthode que j'ai indiquée en 1881, paraissent sains. Toutefois l'on rencontre dans l'intérieur de quelques faisceaux nerveux des cellules embryonnaires, et dans ces cas-là on peut constater parfois l'existence de quelques tubes nerveux en train de s'atrophier.

Il existe en outre assez souvent, dans les parties profondes du derme, une dilatation des espaces lymphatiques lacunaires et les lésions histologiques de l'œdème tégumentaire. »

b). « *Lésions de l'épiderme.* Épiderme. — Les lésions de l'épiderme sont variables ; mais d'une façon générale, on peut dire que les lésions épidermiques du lupus érythémateux sont, par opposition à celles du lupus vulgaire, des lésions sèches, ainsi que E. Vidal et moi (Leloir) l'avons fait remarquer en 1882.

La caractéristique des lésions de l'épiderme est l'atrophie de celui-ci. On peut dire d'une façon absolue que là où l'infiltrat dermique a envahi la couche papillaire, se trouve en un mot en contact avec l'épiderme, celui-ci subit une dégénérescence atrophique.

Au début, on constate que (probablement sous l'influence exercée par l'infiltration dermique, et les altérations vasculaires concomitantes), il se produit une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde des couches inférieures du corps de Malpighi immédiatement en contact avec l'infiltrat. On voit d'abord, en général, les prolongements interpapillaires du corps de Malpighi présenter une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde de leurs cellules immédiatement adjacentes à l'infiltration. Puis ils s'amincissent, fondent en quelque sorte, pour présenter l'aspect de lignes filiformes d'une épaisseur d'une ou deux cellules allongées ; ils se réduisent progressivement et finissent par disparaître complètement. Par suite de cette disparition des prolongements du corps de Malpighi et des papilles du derme, la ligne qui limite inférieurement l'épiderme ne présente plus d'ordinaire l'aspect ondulé qu'elle offre à l'état normal.

Le corps de Malpighi proprement dit subit à son tour la dégénérescence atrophique et n'est plus représenté que par cinq, quatre, voire même deux

Suite de la note des Traducteurs.

rangées de cellules. Il peut enfin disparaître totalement et ne plus être représenté que par une rangée de cellules fusiformes à grand axe horizontal rappelant plutôt (n'était le vestige des piquants de l'enveloppe cellulaire que l'on peut rencontrer encore) les cellules du stratum lucidum.

La couche granuleuse est en général complètement disparue. S'il en existe encore quelques vestiges, ceux-ci ne sont plus représentés que par une, ou au plus deux rangées de cellules à peine chargées d'éléidine, ayant perdu leur aspect granuleux et rappelant plutôt les cellules du stratum lucidum.

Le stratum lucidum fait en général défaut.

La couche cornée est amincie. Dans certains cas, l'épiderme est réduit à une couche de cellules malpighiennes et même uniquement à sa couche cornée. Ces lésions correspondent aux points où l'infiltrat est le plus abondant et le plus ancien. L'épiderme ainsi atrophié rappelle celui que l'on observe à la surface de certaines cicatrices.

Je dois noter toutefois que, dans certains cas, au niveau de certains points de quelques préparations, lorsque l'infiltrat respectait absolument la région papillaire du derme, il y avait au contraire tendance à l'hypertrophie et même à la ramification des prolongements épidermiques inter-papillaires. Mais dès que l'infiltrat s'approchait de ces prolongements épidermiques, ceux-ci subissaient la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde et s'atrophiaient. Il semblerait qu'il existe réellement dans l'infiltrat un produit nocif amenant la dégénérescence et la disparition consécutive des tissus atteints par cette infiltration, et produisant à son tour également la dégénérescence graisseuse et colloïde des éléments de l'infiltrat. Je n'ai jamais rencontré dans le lupus érythémateux l'altération cavitaire des cellules qui préside, comme on le sait, au processus de vésico-pustulation et que l'on observe fréquemment dans le lupus vulgaire.

Dans un seul cas, j'ai constaté un processus de phlycténisation (clivement), se produisant au niveau du stratum lucidum et dû sans doute à l'action de l'hyperémie œdémateuse envahissante. »

c). « *Lupus acnéique.* Dans une variété de lupus érythémateux, variété à laquelle on a donné le nom de lupus acnéique, les glandes sébacées sont notablement hypertrophiées, souvent enkystées et rapprochées de la surface de la peau. Elles sont plus ou moins infiltrées de cellules embryonnaires.

Au début, les glandes sécrètent davantage; elles se remplissent de cellules troubles granuleuses et plus tard elles ne renferment plus que des cellules épidermiques desséchées et cornées. Ici encore l'infiltration lupeuse, bien que prédominante surtout autour des glandes sébacées, est diffuse. Mais elle atteint profondément le derme, elle l'envahit le plus souvent dans toute son épaisseur, et atteint même fréquemment l'hypoderme. Ceci nous explique pourquoi, ainsi que je l'ai remarqué en 1882, en collaboration avec E. Vidal (H. Leloir et E. Vidal, *loc. cit.*), il faut scarifier profondément pour guérir le lupus acnéique. »

d). « *Lupus érythémateux des muqueuses.* Le lupus érythémateux envahit très exceptionnellement les muqueuses. J'en ai vu cependant trois exemples. Dans un cas de lupus érythémateux de la face interne de la lèvre, j'ai trouvé des lésions histologiques analogues à celles que j'ai décrites plus haut. L'infiltration était surtout prononcée au niveau de la région papillaire. La localisation était également accentuée autour des vaisseaux ; beaucoup d'entre eux étaient dilatés; il y avait également tendance aux hémorrhagies insterstitielles. L'épiderme, et en particulier ses prolongements interpapillaires,

Suite de la note des Traducteurs.

avaient subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde. Je dois noter toutefois qu'en plusieurs points, là où l'infiltrat respectait la couche papillaire, il y avait au contraire tendance à l'hypertrophie et à la ramification des prolongements épidermiques interpapillaires. En ces endroits, il y avait même tendance à la kératinisation de la muqueuse, comme l'indiquait l'apparition d'une couche granuleuse composée de cellules assez fortement chargées d'éléidine. »

e). « Les caractères spéciaux précités des lésions histologiques du lupus érythémateux : infiltration diffuse du derme, inégalité de vitalité des cellules embryonnaires diffuses, vitalité moindre de celles-ci, retour des parois à l'état embryonnaire, tendance aux hémorrhagies, dilatation vasculaire, oblitération vasculaire, lésions glandulaires, nous expliquent peut-être comment il se fait que le lupus érythémateux soit une affection si tenace, si résistante à tous les moyens thérapeutiques, et, bien que moins grave en apparence que le lupus vulgaire, beaucoup plus rebelle que celui-ci.

« Cette infiltration qui amène la dégénérescence granulo-graisseuse, puis la disparition consécutive des éléments qu'elle atteint, subit elle-même presque simultanément une dégénérescence analogue. Ainsi se produit un processus de cicatrisation par résorption interstitielle, processus diffus assez localisé, ce qui explique l'aspect particulier des cicatrices consécutives au lupus érythémateux. »

Quant à la conclusion du professeur Leloir, elle est très explicite ; s'appuyant — Voy. plus loin — non seulement sur ses examens anatomiques, mais encore sur ses tentatives d'inoculations, il déclare que, « ainsi qu'il le professe et l'écrit depuis 1884, la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est loin d'être démontrée. »

Afin d'établir sur des documents précis l'unanimité des histologistes actuels sur ce sujet, nous donnons après l'exposé précédent de l'anatomie du lupus érythémateux par Leloir, la publication étrangère la plus récente que nous trouvions dans la littérature médicale allemande au moment où nous imprimons ces notes — avril 1890. C'est le résumé de la communication faite par J. Schütz à la dernière réunion des naturalistes à Heildelberg — Mittheilungen über mikroskop. Präpar. v. Lupus erythematosus, *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 1890, p. 39.

Les préparations de Schütz ont été faites sur un lupus érythémateux discoïde de la région occipitale, non encore traité, lupus indolent, existant depuis plusieurs années.

L'auteur rappelle d'abord que les opinions sur la nature du lupus érythémateux ont, au cours des années, varié sur plusieurs points, mais que si l'on trouve sur le point de départ de la maladie des avis différents, l'accord est assez complet en ce qui concerne les lésions anatomiques. On considère presque généralement le lupus érythémateux comme une inflammation plutôt que comme un néoplasme. Par contre l'inflammation, en se terminant, au lieu d'une cicatrice, laisse une atrophie, atrophie cicatricielle sur laquelle Ravogli a dernièrement encore insisté.

Actuellement on admet que le lupus érythémateux représente une

Suite de la note des Traducteurs.

inflammation de la peau qui s'étend principalement à ses couches les plus superficielles et apparaît là, contrairement à ce qu'on observe dans le lupus vrai de Willan, en petits foyers (Auspitz), mais dans certaines circonstances envahit toutes les parties constituantes du chorion (épithélium, glandes sébacées, follicule pileux, glandes sudoripares (Kaposi, Neumann), tissu conjonctif, vaisseaux, nerfs (Morison).

L'inflammation se traduit par de l'exsudation et une infiltration de cellules rondes qui suivent le trajet des vaisseaux, ce qui amène l'hypertrophie des tissus atteints, puis leur dégénérescence graisseuse ou hyaloïde, et leur atrophie.

Comme complication permanente, on trouve une imbibition œdémateuse et un gonflement du derme, plus rarement le soulèvement de la couche cornée par de l'œdème, çà et là des hémorrhagies (Kaposi).

Sur les préparations de Schütz, on voit déjà à l'œil nu une infiltration des couches les plus superficielles du derme, en outre beaucoup de follicules pileux ont leur orifice extrêment élargi et c'est principalement autour de ces follicules que l'infiltration existe.

Sur des coupes qui comprennent les zones marginales saines, on constate que cette infiltration de petites cellules qui entoure les follicules élargis est d'autant plus en connexion avec la localisation des follicules qu'on examine les lésions à des périodes plus récentes de la maladie.

Il est ensuite facile de démontrer que les cellules rondes sont le plus souvent réunies, au niveau de la partie la plus profonde de cette dilatation folliculaire, mais de telle sorte que celle-ci correspond exactement à l'orifice des glandes sébacées afférentes, de même que l'on n'observe la dilatation des follicules pileux qu'au dessus de l'orifice des glandes sébacées. Au-dessous de cet orifice, dans les phases récentes de la maladie, ni le pourtour des gaines du poil, ni le corps glandulaire proprement dit et ses acini ne sont entourés par une infiltration de cellules rondes.

Si l'on recherche dans le tissu situé entre deux follicules pileux élargis, et dans des foyers morbides récents, l'infiltration de cellules rondes, on voit évidemment que ce tissu intermédiaire est très peu recouvert par l'infiltrat de ces cellules par opposition à la localisation habituelle indiquée ci-dessus.

En partant des parties les plus récentes des préparations, on est frappé tout d'abord par les vaisseaux qui sont beaucoup plus visibles dans les papilles; ils paraissent élargis, quelques-uns complètement oblitérés par des disques sanguins jaunes, ce qui existerait pendant la vie selon Geber. Outre les vaisseaux sanguins, on aperçoit sur la coupe des espaces arrondis ou triangulaires, d'un calibre considérable, qui représenteraient des vaisseaux lymphatiques dilatés, à en juger d'après leur revêtement endothélial. Le tissu conjonctif environnant paraît vitreux, infiltré, ses noyaux sont plus nombreux, les interstices sont élargis; çà et là, le long des ramifications des vaisseaux, on trouve des *Mastzellen* et des infiltrations de cellules rondes qui suivent le trajet des vaisseaux.

En quelques points, les papilles sont allongées, et par conséquent les dépressions du réseau deviennent plus profondes.

En examinant des parties plus anciennes, on aperçoit des infiltrations de cellules rondes, en même temps sur les vaisseaux qui sont de plus en plus

Suite de la note des Traducteurs.

envahis au point de devenir méconnaissables, et sur les follicules pileux. Ce n'est qu'à cette période que le nombre des cellules rondes augmente au point de faire croire à une infiltration. Ces infiltrations deviennent plus épaisses et les cellules plus petites, à noyau d'autant plus fortement granulé, que les foyers sont plus anciens. On observe aussi souvent l'apparition plus fréquente de *Mastzellen.*

En somme, dans ces préparations, on constate la tendance des foyers de granulation à s'étendre rapidement vers la surface. Rarement une traînée de cellules suit la direction du canal d'une glande sudoripare ou suit en descendant les gros troncs vasculaires. La présence de dépôts confluents de cellules de granulation à la surface de la peau fait que le corps papillaire est envahi en certains points de bonne heure par la maladie et par suite la ligne ondulée de démarcation entre le derme et l'épiderme disparaît. La couche épithéliale présente des noyaux augmentés de volume avec de nombreux nucléoles jusque dans les couches les plus superficielles, par contre il y a très peu de mitoses, même dans les couches profondes, quoique la présence abondante des mitoses dans les bulbes pileux indique que la coloration avec la safranine et l'osmium a agi efficacement.

Par contre, on rencontre d'autant plus fréquemment dans la couche cornée des cellules à contenu graisseux et ces cellules dont le noyau renferme une grande vacuole, ainsi que Neumann le premier l'a décrit et que Th. Veiel et Morison l'ont constaté.

Dans des points encore plus anciens, il existe des amas plus nombreux de corpuscules de graisse; les noyaux de tissu conjonctif y sont souvent ratatinés et anguleux. Çà et là l'infiltrat lupeux soulève l'épiderme. Cet infiltrat renferme d'énormes quantités de *Mastzellen* en général fusiformes, avec de longs prolongements granuleux et toutes sortes d'anastomoses.

Les glandes sudoripares sont à peine malades, abstraction faite de l'amas de cellules rondes situé autour de leurs canaux excréteurs ; ce n'est que dans les cas où le lupus érythémateux est très étendu que ces glandes sont altérées dans leur portion glandulaire, entourées d'infiltrats de cellules rondes ; les cellules d'enchymes sont granuleuses, les calibres des canalicules glandulaires sont rétrécis.

Les glandes sébacées sont au contraire très hypertrophiées, même dans les points où il y a peu d'infiltration autour d'elles. Leurs acini sont distendus, leurs conduits excréteurs élargis, les cellules glandulaires dans les deux tiers supérieurs de l'acinus sont pâles et à noyaux ratatinés et anguleux. Sur beaucoup de coupes, comprenant les follicules pileux de façon à ce que le conduit excréteur des glandes sébacées soit visible dans toute sa longueur, on voyait dans ces orifices élargis des amas ovales de noyaux arrondis, très fortement colorables, ayant tous 1 μ de grosseur, souvent entourés d'une enveloppe pyriforme, plissée, membraneuse, d'environ 20 μ de longueur. Parfois on rencontrait, disséminées dans le parenchyme, des granulations de ce genre dans leur voisinage immédiat. Il résulte d'observations comparatives qu'il s'agit ici d'un produit d'excrétion des glandes et non de colonies de cocci.

L'auteur, malgré des recherches attentives et nombreuses, n'a pas réussi à constater la présence de micro-organismes.

Les follicules pileux, compris dans les foyers morbides anciens, présentent d'énormes ampoules à leurs orifices. Souvent il en existe trois, quatre, très rapprochées, à la suite de la grande extension du calibre, et qui compriment le tissu intermédiaire. Parfois plusieurs se réunissent pour former une grande

Le diagnostic du lupus érythémateux, bien que facilité par ses caractères spéciaux, peut cependant présenter quelques difficultés. La forme discoïde peut être confondue avec l'herpès tonsurant, ou avec une syphilide orbiculaire. Pour le premier, la rétraction cicatricielle du centre du disque est un signe distinctif certain; pour la seconde, le diagnostic repose sur l'apparition, à la bordure du disque, de phénomènes inflammatoires (rougeur disparaissant sous la pression du doigt et infiltration œdémateuse), tandis que dans la syphilis, les bords de la lésion présentent une infiltration dure, luisante. Le lupus érythémateux disséminé peut, dans ses premières éruptions, ressembler à

Fin de la note des Traducteurs.

cavité cratériforme, qui est remplie de graisse et de débris épidermiques. Souvent elles contiennent encore le poil afférent qui, en raison des nombreuses mitoses situées dans la portion bulbaire, n'est que tardivement affecté, c'est-à-dire quand ses glandes sébacées s'atrophient, que des infiltrats cellulaires entourent les vaisseaux afférents et qu'il survient une dégénérescence conjonctive du tissu environnant.

Pour Schütz, il ressort de l'étude histologique de ce cas, que les premières modifications pathologiques apparaissent sur les vaisseaux du corps papillaire, mais que la portion glandulaire de la peau, et notamment les glandes sébacées, prennent une grande part au développement de la maladie, en tant que l'hypersécrétion de ces parties occasionne une des irritations qui provoquent la formation des cellules d'exsudat et de l'infiltrat lupeux.

En réalité, l'anatomie du lupus érythémateux en est aux préliminaires; les *lésions* réalisées sont décrites; la bactériologie n'a pas encore pu déceler l'*agent irritatif* dont l'induction légitime annonce l'existence, et dont la *nature* ne peut par conséquent être déduite que de la clinique.

Cette période est peu propice aux déclassements et aux dénominations nouvelles, qu'il n'y a pas lieu d'accepter avant justification définitive. Récemment — *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, T. IX, 1889, p. 134 Unna a proposé le mot d'*ulérythème* (οὐλή, cicatrice) pour un groupe de dermatoses qui amènent la résorption de l'infiltrat inflammatoire sans suppuration; le lupus érythémateux — *ulérythème centrifuge* — serait le type du genre, mais les *espèces* de ce genre artificiel sont tout à fait dissemblables — Ul. *ophryogène*, *acnéiforme*, *sycosiforme* — et la qualification de « centrifuge » ne suffit pas pour spécifier le lupus.

La dénomination d'*érythème centrifuge symétrique*, proposée par Brocq dans son remarquable ouvrage — *Traitement des maladies de la peau*, etc. Paris, 1890, p. 509 — pour désigner la variété fugace ou mobile du lupus érythémateux, ne nous paraît pas devoir être adoptée, parce que cette variété plus ou moins fruste, ou atypique, ne cesse pas d'être un lupus, et d'autre part parce que une lésion cutanée peut être érythémateuse, centrifuge, et symétrique sans être un lupus. Voy. comme complément les notes des pages 264, 265, 266, 279, 281, 282.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

l'eczéma impétigineux, squameux, à l'herpès tonsurant maculeux, à la syphilide papuleuse, aux engelures, à l'acné bromique et à l'herpès iris, et souvent il faut une grande attention pour ne pas se tromper, dans les aspects variés ci-dessus mentionnés, sur les caractères distinctifs qui constituent la forme disséminée. Avec le lupus vulgaire, je crois qu'il n'y a pas de confusion possible (1).

---

(1) Dans la majorité des cas, le diagnostic du lupus érythémateux peut se faire extemporanément, au premier coup d'œil, d'une manière exacte, et à l'aide des seuls caractères objectifs. Mais, aux périodes initiales ou avancées, dans certaines régions déterminées, surfaces velues, extrémités des membres, membranes muqueuses, etc., les caractères actuels de l'affection peuvent être assez variables d'aspect, simuler un grand nombre d'altérations très diverses, l'*érythème iris*, l'*érythème pernio* (engelures); une *toxidermie iodique* ou *bromique*, la *séborrhée érythémateuse*, quelques variétés d'*acné rosée*, les *acnés pilaires cicatricielles*, l'*eczéma séborrhéique*, le *psoriasis*, le *favus érythémateux* ou *cicatriciel*, la *trichophytie circinée*, la *pelade*, l'*alopécie syphilitique*, et surtout les *alopécies cicatricielles*, le *sycosis* et les *folliculites pilaires*, le *lupus vulgaire*, la *syphilis cutanée* ou *muqueuse*, etc.

a). Il est évident que l'*érythème iris*, par sa fugacité et l'absence de cicatrice centrale véritable, ne sera pas *longtemps* confondu avec un lupus érythémateux; mais il est nécessaire de savoir que, dans certains cas, le *lupus érythémateux exanthématique* figure, sur la face ou sur les extrémités, des cercles érythémateux *admirables*, entourant un plateau central blanc, rosé, vésiculoïde, séparés de l'anneau rouge vif par un second anneau rose pâle, concentrique; quelques cercles même se terminant et s'effaçant à leur union, constituent des festons aussi élégants que ceux de l'érythème iris le plus pur.

b). Mêmes remarques à l'égard des *engelures* (érythème pernio) dont quelques types sont tellement voisins, soit du lupus exanthématique du dos des mains, soit du lupus livide de l'extrémité nasale, que la discussion du diagnostic s'impose, et ne se conclut que par un examen de *l'ensemble des lésions*, de leur marche, de leur attache avec la saison, etc. Pour l'*engelure chronique* de l'extrémité nasale, la différenciation peut être d'autant plus ardue que les signes objectifs se confondent, dans les cas où il n'y a pas de localisation folliculaire accentuée. Quand celle-ci existe, elle entraîne le diagnostic direct de lupus érythémateux, soit à l'extrémité nasale, soit sur les doigts, où l'on trouve, dans le lupus, au centre des taches petites ou grandes, soit la desquamation pâle adhérente, soit, comme nous l'avons constaté sur une malade présentée par Vidal à la réunion des médecins de Saint-Louis, en 1889 — voy. *tirage à part*, p. 135 — les petits points comédoniens crétacés, ou la desquamation blanche, la surface cornée, résistant au grattage, que l'on trouve à la face palmaire de la main et des doigts.

c). Le caractère prolifératif et suppurant de la plupart des *toxidermies*

Suite de la note des Traducteurs.

bromopotassiques, ou *iodopotassiques*, semble rendre invraisemblable leur *apparence* érythémato-lupique ; mais cependant, au visage, à la période de réparation, le centre plus ou moins cicatriciel, la tache rouge livide qui persiste longtemps, peuvent simuler de très près une plaque de lupus érythémateux ; nous avons pu, à plusieurs reprises, en observant à l'hôpital des faits de ce genre, dire : La lésion que présente tel malade est, au premier coup d'œil, l'une de ces deux choses, un lupus érythémateux ou une éruption bromo-potassique ; un examen attentif aidé de l'enquête appropriée, permet rapidement d'éclaircir la situation.

d). La *séborrhée érythémateuse* se confond si intimement avec le lupus érythémateux dans sa première période, que Hebra avait dénommé cette dernière affection *séborrhée congestive*, et que plusieurs auteurs considèrent encore la séborrhée huileuse ou concrète comme pouvant *préluder* au lupus érythémateux, ou « *dégénérer* » en lupus érythémateux. Nous reviendrons sur ce sujet, bien que nous l'ayons déjà abordé plus haut, en étudiant les *causes* du lupus érythémateux ; mais, sous le rapport du diagnostic, nous pouvons affirmer que l'erreur est très rarement commise. Il peut y avoir des cas frustes dans lesquels la différenciation est laborieuse ou momentanément inexécutable, mais les lésions de voisinage, l'altération simultanée de l'ourlet du pavillon, ou la présence d'éléments à distance, viendront habituellement aider la différenciation. L'encroûtement comédonien des orifices folliculaires, une ébauche d'atrophie au centre des plaques, etc., permettent ordinairement d'assurer le diagnostic, même de très bonne heure.

e). Ainsi que nous l'avons indiqué, t. I[er], p. 75, note 2, *quelques variétés d'acné rosée*, télangiectasiques ou non, affleurent assez étroitement certaines formes de lupus érythémateux, affectant la région centrale de la face, pour que le diagnostic soit parfois fort ambigu. Plusieurs auteurs, frappés surtout des caractères frustes de quelques cas appartenant à ces dernières formes, sont disposés à les *séparer* du lupus érythémateux *sous des noms divers*. Nous ne partageons pas cet avis ; quelques faits difficiles, ou douteux, ne légitiment pas la création de *types* qui n'ont pas d'existence réelle, et qu'une observation plus attentive, ou plus prolongée, permettra certainement de rattacher à leur nature réelle.

La desquamation *crétacée*, même superficielle du lupus érythémateux, lui reste propre, de même que la kératose folliculaire, la sensibilité extrême aux pressions, frottements, attouchements, etc., etc.

Il ne faut pas oublier que le centre de la face, en raison de sa constitution anatomique, de son innervation, de sa vascularisation propre, etc., réagit d'une façon identique, sous l'action de causes diverses, et que, chez certains sujets, la congestion vasculaire (érythémateuse) *prédomine d'emblée*, sans que l'on doive méconnaître, pour cela, l'élément essentiel de la maladie principale.

f). Les *acnés pilaires cicatricielles* conglomérées peuvent donner lieu à

Suite de la note des Traducteurs.

des plaques simulant le lupus érythémateux, mais dans des conditions si particulières que l'on peut en tenir peu de compte ; la régression centrale et la croûte superficielle du centre des éléments acnéiques, suffisent ordinairement, et au delà, à éviter l'erreur. L'ambiguïté ne pourrait guère survenir que dans les formes figurées de l'acné pilaire, dessinant sur le cuir chevelu des anneaux complets ou incomplets.

g). L'*eczéma séborrhéique* et le *psoriasis*, il n'est pas nécessaire de le dire, ne donnent lieu ni à l'encroûtement *crétacé* du lupus érythémateux, ni à l'atrophie cicatricielle centrale. Mais sur le visage, dans les régions acnéiques, chez les sujets stéatidrosiques, l'eczéma et le psoriasis, examinés aux seuls caractères objectifs, peuvent tenir le jugement en suspens, ou être appréciés d'une manière erronée par un observateur non prévenu, ou à un examen insuffisamment approfondi. Dans ses *Leçons sur le lupus*, 1878, p. 6 et 16, E. Vidal rapporte que, par deux fois, Bazin porta le diagnostic de psoriasis sur un cas de lupus érythémateux qui n'était pas encore arrivé à la période cicatricielle. Il s'agit là d'une erreur de diagnostic objectif extemporané, qu'il ne faut pas confondre avec l'erreur d'un observateur qui aurait le malade à sa disposition pour en faire un examen approfondi. Il est incontestable que, chez un individu séborrhéique, sur le dos du nez, le psoriasis peut être déformé au point de simuler momentanément une plaque de lupus à la première période, et d'autre part qu'un lupus érythémateux de la variété congestive, à la première période, peut se confondre momentanément avec le psoriasis. Mais le diagnostic des maladies ne se fait pas par un signe seulement, et il sera vraiment très rare que l'erreur de ce genre soit autre qu'une *erreur de surprise*.

h). Pour le *favus*, la difficulté peut être très réelle, parce que, dans les deux affections, il y a de l'alopécie cicatricielle, et que l'aire atrophique centrale peut, dans les deux cas, être entourée d'une zone érythémateuse ; c'est pour fixer le degré de cette difficulté que nous avons fait exécuter sur nature les moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis nos 615, 745, 995 montrant le lupus érythémateux, 584 et 799 montrant l'alopécie favique avec dermite favique.

Si le favus est éteint, il n'y a pas de zone érythémateuse, et l'ambiguïté ne se présente pas ; mais si le favus est en activité, l'examen des poils de la périphérie fera aisément reconnaître l'erreur, en admettant même qu'il n'y ait pas, dans le cuir chevelu, d'autres centres faviques ; enfin si le lupus érythémateux est récent, il y aura encore des cheveux sains sur la zone congestive, et, s'il est ancien, les poils seront tombés, et les orifices folliculaires dilatés et encroûtés de comédons cornés.

i). Pour la *trichophytie*, la difficulté ne peut être que rarement rencontrée, et momentanée : le lupus érythémateux est rare à l'âge où la trichophytie est commune, et à supposer que le cas se présente, l'exa-

Suite de la note des Traducteurs.

men microphytique de la trichophytie est si aisé, qu'il n'y a véritablement pas lieu d'insister.

j) Le *lupus érythémateux pilaire*, dans les régions velues de la face chez l'homme, peut-il avoir l'aspect de l'eczéma pilaire chronique, ou du sycosis en nappe ; et les cas qui réalisent cette ambiguïté appartiennent-ils au lupus érythémateux *vrai*, ou au lupus tuberculeux érythématoïde ? C'est là une question qui, pour être résolue, réclame un complément d'instruction, en cours en ce moment, mais non terminée. Les cas d'acné, de folliculite, de sycosis, vraiment lupoïdes, sont assez rares, et la difficulté absolue, à l'égard du lupus érythémateux *vrai*, se présente plus rarement encore. Il suffira, pour être en garde, de savoir que cette difficulté existe.

k) Unna, *loc. sup. cit.*, a tracé avec un luxe de détails le diagnostic différentiel de « l'*ulérythème sycosiforme* » (notre alopécie cicatricielle innomminée) avec le lupus érythémateux :

1° L'ulérythème sycosiforme ne présente pas les croûtes graisseuses jaunes, très adhérentes de l'ulérythème centrifuge ;
2° Dans l'ulérythème centrifuge, la rougeur est beaucoup plus tenace que dans l'ulérythème sycosiforme ;
3° L'ulérythème sycosiforme présente des vésicules et des croûtes blanches que l'on n'observe pas dans l'ulérythème centrifuge ;
4° La marche de l'ulérythème sycosiforme sur les parties saines avoisinantes est uniformément centrifuge ;
5° L'ulérythème sycosiforme n'envahit pas la peau portant du lanugo, où apparaît principalement l'ulérythème centrifuge ;
6° Dans l'ulérythème sycosiforme, la cicatrice est plus superficielle et plus irrégulièrement réticulée ; dans l'ulérythème centrifuge, plus profonde et très irrégulière ;
7° Dans l'ulérythème sycosiforme, il survient souvent de la folliculite purulente ; dans l'ulérythème centrifuge, jamais ;
8° L'ulérythème sycosiforme est rare par rapport à l'ulérythème centrifuge.

l) *Syphilides cutanées et muqueuses :* Le diagnostic du lupus érythémateux avec les *syphilides cutanées* est, ordinairement, très aisé, ne serait-ce qu'en raison de la lenteur de l'évolution des altérations du lupus érythémateux, comparée à la rapidité relative du développement des manifestations de la syphilis ; de l'absence d'élément tuberculeux à toutes les périodes, de la localisation folliculaire, etc.

Mais, sur les *muqueuses*, et au niveau des orifices, sur les territoires *mixtes*, la difficulté peut être exceptionnellement très grande, et insoluble *objectivement*, en raison de l'uniformité générale que la localisation anatomotopographique imprime à ces lésions. A. Fournier a rapporté à la *Société française de dermatologie* — séance du 10 avril 1890 — un cas de ce genre dans lequel, lui et nous, avions pris, pour un lupus érythémateux, une lésion péribuccale de la *syphilis héréditaire tardive*. Cette erreur nous rendra encore plus prudents dans le

Suite de la note des Traducteurs.

diagnostic du lupus érythémateux *limité* aux muqueuses et aux territoires mixtes, que nous contrôlerons par un examen *plus attentif*, et par une épreuve thérapeutique. Mais ce cas est, en réalité, une exception ; le plus ordinairement, des altérations nettement définies, occupant d'autres points de la face, viennent affirmer aisément la nature réelle des lésions.

m) *Lupus érythémateux* et *Lupus vulgaire* : Il est vrai, ainsi que le dit le professeur KAPOSI, que, dans la très grande majorité des cas, le diagnostic entre le *lupus vulgaire* et le lupus érythémateux ne présente aucune difficulté — voy. plus loin le *texte* et les *notes* du lupus vulgaire. Mais il existe des *formes* de lupus de Willan, en nappes congestives, très vasculaires, télangiectasiques, lupus diffus, lupus congestif, dans lequel l'élément tuberculeux dermatographique n'apparaît pas nettement — *lupus érythématoïde* (voy. Musée de Saint-Louis, pièce 927, étiquetée par LAILLER « lupus télangiectasique à marche aiguë ») — et des *variétés*, dans lesquelles la lésion présente combinés les éléments du lupus vulgaire et du lupus de Cazenave — lupus *érythémato-tuberculeux* (pièce 290, déposée par nous dans le même Musée).

Après avoir, antérieurement, considéré le lupus érythémateux comme étant quelquefois le *prélude* du lupus vulgaire, quelques auteurs, en particulier E. VIDAL — voy. *Réunion des méd. de Saint-Louis, tirage à part des comptes rendus*, p. 219, — déclarent aujourd'hui que « des lésions, ayant quelques-uns des caractères du lupus érythémateux, peuvent être le *prélude* du lupus vulgaire ».

« J'ai (E. VIDAL) dit, et bien d'autres ont dit avec moi, que le lupus érythémateux peut être le prélude du lupus tuberculeux et j'ai cru en voir la transformation graduelle. Une expérience plus longue et une étude plus attentive des faits m'ont fait voir que j'avais été trompé par les apparences. Je suis forcé de rectifier ce que j'ai dit et je ne puis plus dire qu'une chose, c'est que des lésions ayant quelques-uns des caractères du lupus érythémateux peuvent être le prélude du lupus vulgaire. Dans un cas de ce genre que j'ai pu étudier attentivement, l'aspect était celui du lupus érythémateux ; une large plaque, d'une rougeur uniforme, couvrait presque tout un côté du nez et ma première impression de diagnostic me fit penser à un lupus érythémateux ; en y regardant de plus près, je vis une nappe rouge superficielle ayant une certaine transparence, et, en cherchant à dilacérer ce tissu avec une aiguille, je constatai qu'il était mou comme celui du lupus tuberculeux au lieu d'être friable comme celui du lupus érythémateux ; je me trouvais certainement en présence d'une forme rare et non décrite de *lupus vulgaire en nappe superficielle*. Bien certainement, la malade chez laquelle j'ai cru voir il y a quelques années et à propos de laquelle j'ai signalé la transformation du lupus érythémateux en lupus vulgaire, devait être dans ce cas, et devait présenter une forme de lupus vulgaire ayant, au début, une ressemblance trompeuse avec le lupus érythémateux. »

Pour nous, qui ne voyons dans le lupus érythémateux et dans le lupus vulgaire que deux *espèces* d'un même *genre* dermatologique, la

Quant aux causes du lupus érythémateux, nous en connaissons la plus grande partie. Il n'y a pas de doute que la séborrhée congestive, qu'elle soit spontanée ou consécutive à l'érysipèle, à la variole, aboutit au lupus érythémateux, et en représente par conséquent le stade le moins avancé.

Au reste, les conditions étiologiques probables sont toutes de même nature; une partie cependant nous échappe complètement.

L'affection atteint le plus souvent des personnes dans l'âge adulte; j'en ai cependant observé un cas chez un enfant de trois ans; jamais je ne l'ai vue chez des vieillards. Les deux tiers des cas appartiennent

---

Fin de la note des Traducteurs.

question soulevée est moins importante; nous ne faisons aucune difficulté de reporter ces cas au lupus vulgaire; nous les appellerons *Lupus tuberculo-érythémateux*, au lieu de *L. érythémato-tuberculeux ;* ils n'en restent pas moins des faits mixtes ou de transition, comme il en existe dans toutes les affections morbides à espèces multiples — Voy., p. complément, les *notes* du *Lupus vulgaire.*

n) *Variétés anatomotopographiques du lupus érythémateux :* Rappelons, en terminant, que certaines *localisations anatomotopographiques* telles que le cuir chevelu, les surfaces muqueuses, la région génitale, etc., peuvent altérer plus ou moins les caractères typiques du lupus érythémateux, décrits surtout pour la peau et pour les surfaces glabres, mais sans détruire ses éléments essentiels ou propres.

Sur le *cuir chevelu*, par exemple, très peu de temps après le début, on retrouve une aire atrophique cicatricielle centrale, avec alopécie définitive; la rougeur de la plaque initiale disparaissant rapidement, pour faire place à un état marbré qui est suivi, lui-même, de l'atrophie cireuse éburnée. La desquamation crétacée, folliculaire, devient de moins en moins prononcée au centre, et s'accumule à la périphérie des grandes plaques à bords festonnés irrégulièrement (vestige des éléments cohérents qui ont formé la grande aire par l'effacement des bords de contour) érythémateux, ou pigmentés, selon que le processus extensif continue, ou est immobilisé — voy. nos pièces du Musée, 615, 745, 995.

Sur les *muqueuses*, la difficulté est plus grande, surtout si il n'y a pas en même temps (ce qui est très rare) du lupus érythémateux des lèvres, ou de la face; mais à un examen très attentif, et avec un bon éclairage, on reconnaîtra des plaques plutôt ovalaires que rondes, quelquefois irrégulières; à centre opalin ponctué de points rouges; un peu élevées au-dessus du niveau; limitées plus ou moins nettement, et séparées des parties saines par un mince liséré érythémateux légèrement excorié — Voy. les très belles pièces déposées dans le Musée par E. Vidal, n[os] 1146, 1396.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

au sexe féminin. La forme d'éruption aiguë, confluente, est aussi de beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

La marche aiguë et fatale de certains cas de lupus érythémateux ainsi que de leur complexus spécial de symptômes reste tout à fait incompréhensible, puisque les résultats des autopsies que l'on possède jusqu'à présent, cités ci-dessus (v. tome II, p. 255), ne fournissent aucun éclaircissement.

La chlorose, l'anémie, la dysménorrhée, la séborrhée du cuir chevelu, parfois aussi la stérilité, le catarrhe chronique des sommets du poumon et la tuberculose pulmonaire commençante, l'engorgement des glandes sous-maxillaires, en général les symptômes d'une altération des fonctions nutritives, s'observent souvent chez les femmes qui en sont atteintes. Au contraire, les hommes qui sont affectés de cette maladie présentent d'ordinaire l'apparence d'une bonne santé (1).

---

(1) Dans l'exposé étiologique qu'il vient de donner à propos du lupus érythémateux, l'auteur a réuni l'ensemble des conditions *de tout ordre* que l'on peut y rapporter, et y a même joint l'énoncé de phénomènes de l'évolution morbide, purement secondaires, mais nous ne partageons pas sa manière de voir sur la façon dont on doit interpréter chacun des facteurs étiologiques; nous allons les reprendre par ordre, en suivant la série proposée par lui.

a). « *La séborrhée congestive aboutit au lupus érythémateux, et en représente le stade le moins avancé.* »

Cette proposition n'a pas la valeur que l'auteur lui attribue; la succession chronologique de deux phénomènes n'implique pas, *ipso facto*, leur subordination véritable ; d'une part, comparé à la séborrhée congestive, sous le rapport de la fréquence, le lupus érythémateux est très rare, et de l'autre, beaucoup de cas de lupus érythémateux apparaissent chez des sujets qui n'ont jamais eu de séborrhée.

Si l'on ajoute à cela que l'hyperstéatidrose est la *conséquence* directe de l'irritation des follicules, — voy. plus haut — on ramènera la proposition de l'auteur à la suivante :

Il n'est pas impossible qu'une séborrhée préalable favorise le développement du lupus érythémateux, mais elle n'en est, en aucune façon, l'élément préalable obligé ; elle fait partie intégrante du processus morbide du lupus érythémateux.

b). « *La marche aiguë et fatale de certains cas de lupus érythémateux, ainsi que le complexus symptomatique spécial, restent tout à fait incompréhensibles, puisque les résultats des autopsies ne fournissent aucun éclaircissement* ».

En admettant que l'interprétation de la *nature* d'une maladie doive être — ce que nous n'admettons pas — absolument subordonnée aux

Avant de passer au traitement de cette affection intéressante et, comme je l'ai montré, parfois sérieuse, je tiens à faire remarquer qu'il importe de mettre une certaine prudence à prédire la durée et le

---

résultats des autopsies, on reconnaîtra cependant combien il est étrange de vouloir, avec l'auteur, considérer comme une simple « inflammation avec atrophie », ou avec UNNA, comme un « érythème cicatriciel », — ulérythème centrifuge — une maladie qui comprend dans son complexus les phénomènes généraux graves que l'auteur a lui-même signalés !

Pour nous qui avons acquis, par une observation clinique longtemps poursuivie, la conviction du rapport qui relie le lupus érythémateux au lupus vulgaire, et les deux formes morbides à la tuberculose *externe*, *locale*, évoluant chez des sujets *lymphatiques* — *alias* scrofuleux; *scrofulotuberculose*, — nous ne nous étonnons pas de trouver chez quelques-uns de nos malades, non pas seulement chez les femmes, mais aussi chez les hommes, « le catarrhe chronique des sommets du poumon, et la tuberculose pulmonaire commençante, l'engorgement des glandes sous-maxillaires, etc. »

Que l'on veuille bien, dans les observations nouvelles, faire une enquête attentive, *impartiale*, *suffisante*, sur chaque cas particulier, et l'on trouvera souvent, comme nous le faisons chaque jour, l'une des causes ordinaires de la scrofulotuberculose cutanée, c'est-à-dire, *dans la famille* du patient, la tuberculose aiguë ou chronique, ou bien chez les personnes ou sur les animaux avec lesquels il est en contact immédiat, prolongé, soit par cohabitation habituelle, soit par le fait de soins donnés au cours d'une maladie tuberculeuse. Il est manifeste que, pour une raison ou pour une autre, l'enquête n'aboutit pas toujours ; mais quelle est la maladie transmise dont la source soit toujours retrouvée ?

Si l'on suit maintenant, au cours de leur existence, ces mêmes malades, nous en trouvons bien peu, qui arrivent à la *vieillesse*, et c'est pour cela que le professeur KAPOSI « n'a jamais rencontré le lupus érythémateux chez les vieillards », car si ces sujets avaient la longévité commune, pourquoi ne retrouverait-on pas la maladie, même éteinte, chez les sujets avancés en âge, comme on retrouve chez eux les cicatrices de la première enfance ? Or, à quoi succombent les sujets atteints de lupus érythémateux que l'on a pu suivre assez longtemps ? A la tuberculose généralisée, ou à la phthisie pulmonaire, et cela dans une proportion que les adversaires eux-mêmes de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux déclarent supérieure à celle qui appartient au lupus vulgaire, dont peu de médecins aujourd'hui contestent la nature tuberculeuse.

A la vérité, le moment n'est pas favorable pour soutenir l'opinion que nous croyons être la vraie ; les résultats de l'examen *anatomique* du lupus érythémateux ne fournissant pas jusqu'à présent le bacille tuberculeux, les observateurs qui basent leurs décisions sur le seul examen anatomique dénient les résultats de l'observation clinique.

succès du traitement, car il faut s'attendre à toutes sortes de surprises. Souvent, en effet, un lupus érythémateux disséminé, et datant déjà de plusieurs années, guérit complètement en quelques semaines,

---

C'est affaire de philosophie médicale personnelle; mais nous rappellerons un peu plus loin, aux notes du lupus tuberculeux, la fragilité de la base anatomique exclusive en cette matière.

Mêmes remarques à l'égard du résultat des inoculations aux animaux, à l'occasion desquelles plusieurs auteurs croient pouvoir conclure de leur insuccès à la négation de la nature tuberculeuse, comme s'ils ne l'avaient pas d'abord, contre nous, niée longtemps à l'égard du lupus tuberculeux. Toutefois, voulant avant tout donner au lecteur toutes les pièces du procès, nous insérons ici la *négation* de Leloir telle qu'il l'a formulée sur notre demande :

« J'ai inoculé six cas de lupus érythémateux excisés sur le vivant, dans de bonnes conditions expérimentales, d'après les procédés techniques que j'ai indiqués dans mes travaux de 1882, 1883, 1884, 1886, 1888, etc. (Cavité péritonéale des cobayes, chambre antérieure de l'œil des lapins).

« Dans aucun cas, je n'ai obtenu le moindre signe de tuberculisation de l'animal en expérience. Il est un cas, un septième, sur lequel on s'est appuyé pour démontrer l'analogie qui existerait entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux. C'est le cas relaté dans le mémoire que j'ai publié en collaboration avec V. Cornil en avril 1884 dans les *Archives de physiologie*, page 334. Dans ce cas (N° 3 de ce mémoire) il est expressément noté ceci : « Un cochon d'Inde est inoculé le 29 décembre 1882 avec un morceau de « lupus érythémateux de la face recueilli sur une femme de la policlinique « de M. le professeur Fournier.

« Il faut noter cependant que nous n'étions pas en présence d'un lupus « érythémateux pur, mais que ce lupus contenait, çà et là, quelques nodules « tuberculeux; le morceau que nous avons inoculé a été précisément pris « au niveau d'un de ces nodules tuberculeux.

« Cet animal, après s'être amaigri quelque temps, meurt spontanément « le 28 février 1883. Il était atteint de tuberculose miliaire généralisée. Les « tubercules examinés au moyen du procédé d'Eberth contenaient quelques « bacilles. Malheureusement l'inoculation en série n'a pu être faite. »

« Je ne comprends pas comment ce cas a pu être invoqué en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Il s'agissait bien évidemment ici d'un de ces cas de lupus vulgaire simulant le lupus érythémateux dont je vous ai souvent parlé.

« De tout ce qui précède, il résulte que, ainsi que je le professe et écris depuis 1884, la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est loin d'être démontrée. »

En fait, l'histoire de « l'élément tuberculeux », sa morphologie complète, sa technique bactériologique et expérimentale, sont encore loin de la certitude absolue qui serait nécessaire pour que des résultats *négatifs* de l'ordre de ceux qu'invoque le professeur Leloir, puissent *prévaloir* contre les résultats *positifs* de l'observation clinique, auxquels nous préférons nous soumettre, au moins jusqu'à plus ample informé.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

d'autre part un seul petit disque peut continuer à augmenter malgré le traitement, de nouvelles taches se développer et alors la maladie arriver à durer plusieurs années. De plus, on ne doit pas oublier de dire au malade que, si spontanément ou par l'effet du traitement, de nombreuses taches peuvent disparaître sans laisser de trace, il restera sur la plupart des régions atteintes des cicatrices superficielles et des télangiectasies.

Parmi les moyens et les méthodes de traitement qui peuvent être mis en pratique, il faut choisir ceux qui n'occasionnent pas plus de difformités et de lésions de la peau que la maladie elle-même. On emploiera donc, en premier lieu, les topiques légers, agissant d'une façon superficielle; on n'aura recours à des moyens plus énergiques que si les premiers n'ont pas agi, et on reviendra à ceux-ci dès que l'on aura obtenu un peu d'amélioration, c'est-à-dire dès que l'on verra la décoloration et l'affaissement du bord des disques.

Ce seront d'abord des lotions avec l'esprit de savon de potasse, que, du reste, on devra employer pendant toute la durée du traitement, concurremment avec d'autres médications, et qui peuvent parfois, à eux seuls, aboutir au résultat voulu. Le savon mou de potasse a une action plus énergique, on l'étend sur de la flanelle, que l'on applique sur les disques de lupus fortement infiltrés. Enfin, on a recours à des savonnages avec le savon de naphtol et de soufre ou à la cautérisation avec une solution concentrée de potasse, 1 sur 2 d'eau distillée, ou avec l'ammoniaque, l'acide acétique; l'acide chlorhydrique sera utilisé en dernier lieu.

Lorsque l'on a réussi par l'un de ces topiques (que l'on a appliqués avec un pinceau dur sur les portions périphériques du lupus) à aviver les bords d'où il suinte alors un peu de sérum et de sang, on voit qu'au bout de peu de jours ils tendent à pâlir, à s'affaisser, et alors on peut compléter la guérison à l'aide de simples lotions au savon.

Des applications méthodiques de pâtes sulfureuses, de goudron, d'iodure de soufre, de mélanges de soufre, d'esprit de goudron et de savon, ou au lieu de goudron 1 p. 100 de naphtol, de teinture d'iode, de glycérine iodée, d'après les formules et les méthodes indiquées à propos de l'acné (voir t. I[er], p. 747), déterminent chaque fois une réaction inflammatoire et une tuméfaction qui disparaissent au bout de quelques jours, et amènent souvent une amélioration si notable, que l'on n'a plus qu'à employer les lotions savonneuses simples pour obtenir une guérison complète.

Je n'ai pas observé grand résultat à la suite de cautérisations à l'acide phénique et à l'acide salicylique, ni après l'emploi de l'onguent de Rochard, de la pommade au précipité blanc ; quant aux cauté-

risations avec l'acide sulfurique ou nitrique, le chlorure de zinc, l'acide chromique, d'une manière générale il ne faut pas les employer. Par contre, nous avons obtenu de remarquables résultats à la suite d'applications d'emplâtre mercuriel sous lequel nous avons vu disparaître en peu de jours ou de semaines, non seulement le lupus érythémateux discoïde, mais encore le lupus disséminé, et s'améliorer rapidement les lésions douloureuses des doigts.

La pommade à la chrysarobine et à l'acide pyrogallique est aussi très efficace, tandis que l'enveloppement dans du caoutchouc (gants), semble n'agir que par le ramollissement qu'il détermine.

Le raclage à l'aide de la curette, ainsi que la scarification punctiforme et la scarification linéaire simple ou avec cautérisation consécutive, par exemple, avec le chlorure de zinc (Th. Veiel), ont été souvent efficaces, surtout dans les cas d'infiltration profonde et d'ectasie vasculaire. Quand il survient une poussée aiguë avec symptômes inflammatoires, gonflement douloureux, formation de nodosités dans la profondeur, j'ai obtenu souvent une régression spontanée de la plupart des taches par l'application de vessies remplies de glace ou de compresses d'acétate de plomb ou encore de liqueur de Burow. On pourrait recommander dans le même but les douches froides et les bains froids.

Outre tous ces moyens, il faudra employer également des pommades anodines, du cérat, etc., surtout à la suite des cautérisations.

Au sujet du grand nombre de remèdes préconisés contre cette affection, il y a cette remarque à faire : tous peuvent, pour le moment présent, réussir ou échouer ; et, pour un même cas, des remèdes qui, quelques mois auparavant, s'étaient montrés inefficaces, peuvent, après un nouvel essai, donner d'excellents résultats ; il faut donc essayer les uns et les autres, et revenir à ceux que l'on aura déjà employés précédemment.

Quant aux médicaments internes, on a recommandé dans ces dernières années comme efficaces l'iodure d'amidon (Mc Call Anderson), l'iodoforme (E. Besnier) et l'arsenic (Hutchinson), sans toutefois que d'autres auteurs aient pu constater ces résultats. A l'appui indirect de ce traitement local, il faut prescrire les remèdes qui au besoin, comme dans le cas de chlorose, d'anémie, de catarrhe pulmonaire et de tuberculose, peuvent agir d'une manière favorable sur la nutrition en général : tels que le fer, l'arsénite de fer (eau de Roncegno), l'huile de foie de morue, un régime fortifiant, le séjour dans les montagnes pendant l'été, des cures d'air, d'hydrothérapie, les bains froids, etc.

Nous n'avons aucun moyen d'empêcher les récidives ; heureuse-

ment, dans beaucoup de cas, la guérison, une fois obtenue, est durable (1).

---

(1) Il y a peu de choses à ajouter à tout ce que vient de dire le professeur Kaposi sur le traitement, souvent extrêmement difficile, du lupus érythémateux.

A côté de cas à évolution spontanée favorable, à guérison inattendue, à terminaison réalisée sous l'action des moyens topiques les plus anodins, on en trouvera de plus nombreux rebelles à tout, ou à presque tout ce que l'on peut faire.

Tandis que certains malades supportent à merveille les agents de réduction les plus énergiques, il en est d'autres qui ne tolèrent que les anodins, les calmants, les antiphlogistiques : toutes les tentatives de traitement effectif par les savons, les emplâtres, la scarification ou la cautérisation, sont suivies de réaction inflammatoire très vive, tenace, réclamant l'emploi prolongé des cataplasmes, des enveloppements humides, du liniment oléocalcaire, de l'onguent de zinc, etc.

Quand on a épuisé la série des emplâtres et des topiques divers — voy. le texte courant, pp. 284, 285 — auxquels on ne peut, en réalité, rapporter que de rares et éphémères succès dans toutes les formes localisées et fixes, il ne reste en présence que deux médications véritables, les méthodes sanglantes, et les cautérisations ignées.

a.) Méthodes sanglantes ; *rugination ; scarification.*

Pour ceux qui admettent, avec nous, la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, les méthodes sanglantes sont passibles du reproche d'exposer aux auto-inoculations opératoires ; toutefois, leur danger n'est pas, à notre observation, aussi accentué que dans le lupus tuberculeux typique ; et nous y avons recours, *dans une mesure déterminée*, en raison de l'extrême difficulté du traitement d'un grand nombre de cas.

La *rugination* trouve son indication, comme *première application* de traitement, *une fois faite*, dans les formes fortement *crétacées ;* on a recours, ensuite, aux cautérisations au nitrate d'argent, aux scarifications, ou aux cautérisations ignées, etc. ; nous employons encore la rugination superficielle *préalable* dans le lupus érythémateux, surtout au cuir chevelu, pour permettre de mettre l'acide lactique, ou d'autres agents curatifs, directement en rapport avec le tissu lupique. Les rugines, ou curettes, sont les mêmes que celles dont nous nous servons dans le lupus vulgaire — Voy. l'*Appendice des Traducteurs* à la suite de la la quarante-deuxième *Leçon*.

Les *scarifications* conviennent, comme *début de traitement*, aux formes fortement *vascularisées ;* et leur indication se présente encore au cours du traitement, lorsque, ainsi que l'a précisé Brocq, l'action des cautérisations paraît se ralentir, et mieux, selon nous, quand les tissus malades ont été détruits par le feu, et qu'il ne reste plus qu'à décolorer ou à *améliorer* les cicatrices obtenues. Selon le précepte de Vidal, les *scarifications* doivent être *profondes*, atteindre toute l'épaisseur du derme, sans la dépasser. Elles doivent

Suite de la note des Traducteurs.

être exécutées correctement avec toutes les précautions que nous avons déjà exposées — T. I[er], note 1, p. 757 et que nous reproduisons plus loin, avec les détails nécessaires, dans les *notes* sur le traitement du *lupus vulgaire* — non seulement pour arriver rapidement à la guérison, mais pour obtenir des cicatrices aussi belles que possible. Le médecin qui exécute ces opérations sur le visage doit, au préalable, s'être renseigné exactement sur leur application, s'il a souci de l'intérêt des patients, et de sa propre responsabilité.

Mêmes remarques pour *l'électrolyse;* et pour la destruction *électrocaustique*, qui se fait à l'aide des aiguilles fines par le procédé de la pénétration — tatouage caustique — ou de la scarification linéaire, scarification ignée. Quelques cas de lupus acnéique rebelle ne peuvent être sûrement réduits que par ces derniers moyens. Les cicatrices, assez apparentes d'abord, s'améliorent, et se mettent de niveau dans l'année qui suit les cautérisations. Pour le lupus érythémateux, nous rejetons absolument le thermocautère, à cause des destructions inutiles qu'il fait par rayonnement; aujourd'hui, où l'électrocaustique a un outillage simplifié à l'extrême, chacun peut y avoir recours.

Sur le *cuir chevelu*, nous ne pratiquons que rarement la scarification, et plus rarement encore la cautérisation ; dans un assez grand nombre de cas, nous avons pu arriver à la guérison à l'aide de l'acide lactique par des applications réitérées, après rugination préalable à la curette. Les cicatrices sont lisses, superficielles, et les follicules non encore détruits ne sont pas altérés.

Sur la *partie rouge exposée des lèvres*, on peut pratiquer avec succès les scarifications sanglantes; mais le plus habituellement nous obtenons plus vite, et plus simplement, le résultat à l'aide des cautérisations linéaires ou ponctuées faites avec les aiguilles fines de l'électrocautère. La réparation s'y fait à merveille.

Mais, dans les cavités narinaire, nasale, oculopalpébrale, buccopharyngée, et *sur toutes les surfaces muqueuses en général*, l'acide lactique, et mieux les cautérisations galvaniques, telles que nous les pratiquons, constituent une médication infiniment supérieure à la méthode sanglante, que nous excluons généralement pour ces surfaces.

Quant à la *médication interne,* laquelle est toujours insuffisante à elle seule, l'huile de morue créosotée ou non, à haute dose, et l'iodoforme jusqu'à 1 gramme par vingt-quatre heures pendant l'hiver — Voy. E. Besnier, le lupus et son traitement, *in Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 2e série, T. I, 1889, p. 688, 697 — le fer et l'arsenic pendant l'été, en constituent, avec les sulfureux intus et extra, les agents essentiels. Les eaux de Salies, Salins, Kreuznach, d'Uriage, toutes les eaux sulfureuses, les eaux salines et arsenicales de la Bourboule, etc., peuvent réclamer le traitement général des sujets atteints de lupus érythémateux. Ernest Besnier. — A. Doyon.

HUITIÈME ET NEUVIÈME CLASSE

NÉOPLASMES

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

Néoplasmes, généralités. — Division, néoplasmes de bonne nature : néoplasmes du tissu cellulaire : chéloïde, cicatrice (processus de la cicatrice). — Molluscum fibreux. Xanthome, fibrome, lipome, névrome. Dermato-myome. Ostéome.

Les néoplasmes cutanés sont, pour une partie, aussi bien du domaine de la chirurgie que du domaine de la dermatologie ; ils ne sont pas toujours, en effet, limités anatomiquement à la peau et ils réclament alors l'intervention chirurgicale. La dermatologie est redevable d'un progrès notable à l'intérêt actif que, en raison des conditions ci-dessus, la science sœur (la chirurgie), devenue si pratique depuis quelques années, voue à ce domaine spécial de la pathologie. En conséquence, l'exposé complet de la question des néoplasmes n'est pas du ressort précis de la dermatologie, mais bien du domaine de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique.

Ces deux parties de la science vous ont fait connaître, — en dehors de la conception ontologique de ces tumeurs depuis longtemps fixée, — les modifications que la théorie du néoplasme elle-même a subies pendant la période où l'on s'efforçait de trouver dans l'état histologique du produit pathologique comparé avec celui des tissus environnants, le caractère d'une néoformation. C'est alors que Virchow édifia sa théorie du néoplasme basée sur la division (prolifération) des corpuscules du tissu cellulaire. Ensuite, par des études d'histologie pathologique et expérimentale, on reconnut que chaque espèce d'éléments de tissu, les épithéliums et les endothéliums, les cellules musculaires, osseuses et cartilagineuses, peut-être même la substance intercellulaire, sont susceptibles d'une prolifération endogène, d'une véritable néoformation, et que celle-ci s'accomplit sous l'influence de l'inflammation, par exemple dans l'épithélium en

présence du catarrhe. A mesure que l'on reconnut tous ces faits, l'histologie pathologique prit un nouvel essor; la limite précédemment tracée entre l'inflammation, l'hyperplasie et la néoplasie, se trouva effacée plus complètement qu'elle ne l'avait jamais été, et il a bien fallu dès lors se convaincre que le terme « néoplasme » ne doit plus être conservé que comme conception clinique. Quels que soient d'ailleurs ses éléments constituants, qu'ils soient semblables à ceux du milieu dans lequel il se trouve (homœoplasie), ou dissemblables (hétéroplasie), le néoplasme représente seulement une formation pathologique qui, par un ensemble de particularités, telles que « contours extérieurs, conformation intérieure et végétation » (Rokitansky), siège, relations avec les tissus environnants et avec le paradigme de l'organe et du tissu affectés, rappelle en quelque sorte un corps étranger enclavé dans les parties.

Si donc, en considération de leur aspect et de leur marche cliniques, nous subdivisons dans la pratique les néoplasmes d'après Rokitansky et Hebra et à présent encore en néoplasmes de bonne nature (VIIIe classe) et néoplasmes de mauvaise nature (IXe classe), nous aurons ainsi fait une déduction éloignée, mais logique et légitime. Au premier groupe se rattachent les néoplasmes qui peuvent, il est vrai, persister pendant des années, mais qui ordinairement n'exercent localement qu'une action destructive nulle ou peu considérable, et qui, en particulier, n'ont pas une influence nuisible sur l'ensemble de l'organisme ; au second, ceux qui, non seulement détruisent les tissus localement, mais encore exercent (1) une action délétère sur l'organisme entier, ceux-ci formeront le deuxième groupe.

Outre cette classification qui se rapporte aux caractères cliniques qu'il importe de connaître avant tout, il y a encore une distinction à faire entre ces mêmes néoplasmes, d'après leur caractère histologique, distinction de nature à bien éclairer le sujet. Suivant ce caractère histologique, une série de ces néoplasmes est constituée sous le nom de néoplasmes de tissu conjonctif; une deuxième sous celui de néoplasmes vasculaires ; une troisième de tumeurs de granulation ou granulomes ; une quatrième enfin de tumeurs épithélioïdes, d'où il résulte par conséquent que les deux premiers groupes appartiennent aux formes les plus élevées du tissu, les deux derniers aux tissus d'organisation plus inférieure autrement dit aux tumeurs dites organoïdes.

De plus, le groupe des formes granuleuses se sépare des autres groupes sous le rapport étiologique, puisqu'elles sont — ce qui est un fait sinon avéré du moins probable — l'effet d'une infection locale ou générale par des micro-organismes pathogènes spécifiques et, par conséquent aussi, on pourrait les caractériser comme des maladies

infectieuses chroniques (Neisser), des tumeurs infectieuses (Klebs), des tumeurs infectieuses de granulation (Ziegler).

Enfin il ne faut pas oublier que la dénomination préférée par l'anatomie pathologique de la plupart des formations citées ici comme « tumeurs » n'est entièrement juste, ni dans le sens clinique, ni dans le sens anatomique. Certaines de ces productions forment principalement des tumeurs comme les lipomes; d'autres au contraire n'en présentent qu'à des périodes déterminées de leur développement, tels le xanthome, les syphilides, le mycosis fongoïde; dans d'autres périodes au contraire elles présentent des modifications qui se rapprochent cliniquement et histologiquement des processus inflammatoires, de sorte que dans ce cas la dénomination que leur a donnée Virchow de néoplasmes et de tumeurs inflammatoires est toujours très juste.

Dans le sens indiqué ci-dessus, les formes morbides que l'on doit étudier ici, les néoplasmes, constituent donc un groupe naturellement homogène ; et il est rationnel que les élèves et les praticiens connaissent et conservent la signification de ces formes morbides, en ce sens qu'elles représentent des formations de tissu qui se développent à la place et aux dépens du derme normal et ont un caractère destructif ; en effet dans leur sphère d'action et grâce à leur végétation, elles détruisent pour ainsi dire et absorbent le derme normal.

Mais en même temps ces formes morbides nous apparaissent comme autant d'invidualités pathologiques distinctes quant à leur cause, à leur mode d'évolution, à leur signification et à leur apparition cliniques et anatomiques, en un mot comme autant de processus morbides différents.

Le schème suivant donnera une idée bien claire et bien nette de ces rapports, abstraction faite toutefois de ce que j'ai, en raison de l'importance de leur malignité clinique, placé les sarcomes qui se rapprochent le plus des tumeurs de tissu conjonctif à côté des carcinomes.

Après avoir envisagé de ce point de vue général la multiplicité des propriétés cliniques et histologiques que présentent les maladies de la peau qu'il faut considérer comme des néoplasmes, nous étudierons avec plus d'intérêt et d'une façon plus intelligible quelques-unes d'entre elles.

Classification des néoplasmes de la peau (1).

I. Néoplasmes de tissu conjonctif.	Chéloïde. Cicatrice. Molluscum fibreux. Xanthome. Lipome. Névrome. Myome. Ostéome.	NÉOPLASMES BÉNINS.
II. Néoplasmes vasculaires.	Angiome. Lymphangiome.	NÉOPLASMES BÉNINS.
III. Granuloses.	Rinosclérome. Lupus vulgaire. Tuberculose de la peau. Scrofulodermie. Lèpre. Syphilodermie.	NÉOPLASMES BÉNINS. — NÉOPLASMES INFECTIEUX
	Mycosis fongoïde.	NÉOPLASMES INFECTIEUX — NÉOPLASMES MALINS.
	Lymphodermie pernicieuse (Kaposi). Sarcome.	NÉOPLASMES MALINS.
IV. Néoplasme épithélioïde.	Carcinome.	NÉOPLASMES MALINS.

I. — GROUPE

NÉOPLASMES DE TISSU CONJONCTIF

CHÉLOÏDE (2).

Cancer tubéreux (*Knollenkrebs*) de Fuchs.

Depuis Alibert, on donne ce nom à une tumeur en forme de plaques, de stries ou de tubérosités, ayant de l'analogie avec le tissu de cica-

(1) Nous n'avons pas besoin d'avertir le lecteur que nous n'adoptons ni le principe ni les détails d'une classification qui réunit, sous des titres d'une valeur déterminée, des choses complètement distinctes. L'état de la science n'est ni assez rudimentaire ni assez avancé pour se prêter aujourd'hui à des systèmes de cet ordre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Sous les noms de *Chéloïde,* puis de *Kéloïde* ALIBERT — *Précis théor. et prat. des maladies de la peau*, in-8°, 1re édit., Paris, 1810,

trice, se développant spontanément dans le derme, sans symptômes inflammatoires, et ne pouvant être déplacée qu'avec la peau; ce néo-

---

T. II, p. 417; édit. ult. 1822, Les cancroïdes ou kéloïdes, t. II, p. 434 et suiv., — décrivit, assez obscurément d'abord, l'affection qui avait été désignée sous le nom de « dartre de graisse », par Retz — *Traité des mal. de la peau et de celles de l'esprit*, Paris, 1790 — puis plus clairement, et plus scientifiquement, dans la monographie des dermatoses, in 4°, 1835, Dermatoses cancéreuses, Genre II, Kéloïde, Kelis (*Kelos, chéloïde, cancroïde, tubercules durs, cancelli, cancroma, cancre blanc, le crabe*) — Alibert s'attribue la première description de cette affection; il ne cite pas Retz, à qui Rayer, *Traité*, t. II, p. 672, a restitué, ainsi qu'il l'a fait pour tant d'autres auteurs, ce qui lui appartient de droit.

Le terme de chéloïde — χηλή, *patte de crabe, pince d'écrevisse* — vise surtout les *digitations radiculaires* qu'elle présente, en plusieurs points de sa circonférence, dans son développement typique.

« Ces plaques de loupes, » dit Retz, « sont singulièrement entrelacées par des filons de la même matière, de différentes grosseurs, qui ressemblent à de grosses cicatrices, et forment plusieurs plis et replis, comme s'il y avait plusieurs cicatrices *les unes sur les autres, ou les unes auprès des autres...* » — *Loc. cit.*, p. 55, et Rayer, p. 672.

Voici maintenant la description d'Alibert, d'après ses deux premières observations; elle est à conserver, malgré le style fleuri de l'auteur, car elle contient la plus grande partie des faits cliniques cardinaux, qui individualisent la chéloïde.

« La première fois que j'observai la kéloïde, c'était chez une femme grande et belle, âgée d'environ trente-six ans. Cette personne portait, entre les deux seins, une excroissance allongée, cylindrique, dont l'étendue était d'environ deux pouces et demi de long sur un pouce de largeur. Cette excroissance était d'une couleur plus rouge que la peau environnante; elle proéminait d'environ une ligne au-dessus du tégument; elle projetait, par ses bords latéraux, deux prolongements bifurqués qui simulaient les pattes d'un crabe. Cette tumeur n'était pas indolente; indépendamment d'un prurit excessif, qui contraignait la malade à se gratter sans cesse, il survenait, dans certaines circonstances atmosphériques, des douleurs pongitives qui dardaient la peau comme par fusées. Plusieurs hommes de l'art furent consultés et prirent cette maladie pour la carcine ordinaire..... »

« Dans le même temps, je fus appelé par une demoiselle qui était actrice du grand Opéra, et qui portait, à la partie supérieure de la région sternale, une espèce de protubérance cordiforme, qu'elle cachait soigneusement avec un médaillon, afin que cette disgrâce de la peau ne fut point aperçue des spectateurs qui se trouvaient au parterre, quand elle chantait. Cette tumeur était dure, ovale, plate, pourtant un peu déprimée dans son milieu, et bombée dans ses parties latérales. Elle avait l'air de s'implanter dans la peau par quatre racines ou prolongements qu'on eût pris pour les quatre pieds d'une tortue. On voyait ramper, à la périphérie de cette excroissance, de très petits vaisseaux sanguins, qui ressemblaient à ces lignes rougeâtres que l'on aperçoit sur la rhubarbe de Chine. La maladie avait débuté par quelques

plasme persiste indéfiniment sans métamorphose ultérieure, ou, dans des cas rares, disparaît spontanément (1).

Suivant la forme qu'elle revêt, la chéloïde se présente sous l'aspect d'un bourrelet à surface unie, comme intercalé dans la peau, nettement limité, faisant au-dessus des parties adjacentes une saillie de 2 à 4 millimètres, d'une consistance ferme et élastique, ressemblant beaucoup à une cicatrice hypertrophique, offrant la forme d'un cordon ou d'un style, ou bien ovale, cylindrique, en forme de biscuit ou d'une plaque épaisse ; plus rarement elle constitue une tubérosité arrondie. Quelquefois la partie moyenne est plus saillante, tandis que le bord s'affaisse et représente deux prolongements en forme de rayons marchant en face l'un de l'autre, rappelant les pinces de l'écrevisse ; d'où le nom de — χηλή — pince, que lui a donné Alibert. La chéloïde est blanche ou bien a un reflet rouge, elle est lisse à sa surface, qui est recouverte d'un épiderme mince, ridé, dépourvu de poils ou présentant de rares poils follets, ferme, élastique, et douloureuse à la pression, quelquefois même spontanément.

On trouve la chéloïde tantôt en une strie unique, tantôt sous forme de deux bandes ou d'un nombre beaucoup plus grand, vingt et plus, le plus souvent sur le sternum : dans ce cas, elle est habituellement disposée en deux ou plusieurs traînées parallèles, sur le sein, au lobule de l'oreille, à la face, sur les épaules et le dos, sur les organes géni-

---

granulations qui lui donnaient l'aspect d'une fraise. » *Monogr. des Dermatoses*, in-4, 1835, p. 460, 461.

Avec Bazin, nous écrivons Chéloïde, et non pas Kéloïde ; le premier de ces termes, seul, est grammaticalement correct, et français.

Depuis sa création par Alibert, le terme de chéloïde a été, plusieurs fois, *détourné* de sa véritable adaptation, d'abord par Addison en 1854 — On the Keloid of Alibert, and on the true Keloid, *Med. chir. Transact.*, Vol. XXXII — pour désigner la *morphée*, et ensuite par Bazin, non dans ses *Leçons*, mais dans l'article Chéloïde du *Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd.*, où il appelle la chéloïde vraie *chéloïde rouge*, et la morphée, *chéloïde blanche*. Inutile de dire que ces erreurs sont restées personnelles à leurs auteurs, et que personne, aujourd'hui, ne confond la sclérodermie, en général, ni la morphée, en particulier, avec la chéloïde, bien que, accessoirement, quelques éléments sclérodermiques puissent être *chéloïdiformes*, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il est essentiel d'ajouter à la définition de la chéloïde : 1° qu'elle est *extensive*, c'est-à-dire qu'elle dépasse la limite des lésions auxquelles elle succède ; 2° qu'elle est *récidivante* au plus haut degré ; extirpée ou détruite, elle se reproduit, sur place, avec la plus extrême opiniâtreté. E. B. — A. D.

taux, etc. (1). On a peu de données positives sur le développement de la chéloïde; on sait qu'une fois qu'elle a fait son apparition, elle peut encore, pendant quelque temps, se développer et s'accroître dans une certaine mesure. Puis, à ce qu'il semble, elle ne se modifie plus du tout et persiste toute la vie, ou bien, mais cela est rare, elle disparaît complètement. Il ne s'y forme jamais d'ulcération, tout au plus y voit-on survenir des excoriations superficielles.

Sur la cause directe de l'apparition de la chéloïde, nous n'avons que de simples présomptions à émettre. On la rencontre chez des personnes de tout âge, de l'un et de l'autre sexe. Mais chez certains sujets les blessures et les irritations les plus insignifiantes déterminent l'apparition de la chéloïde; il en est de même dans certaines familles et chez certaines races éthiopiennes, d'où l'on est amené à supposer l'existence d'une disposition spéciale à la formation chéloïdienne (v. Tschudi). C'est ainsi que nous voyons la chéloïde se montrer autour du canal que l'on perce dans le lobule pour mettre des boucles d'oreilles, autour des piqûres de sangsues, des pustules d'acné; j'ai observé une chéloïde grosse comme le poing chez un nègre, dont le corps entier était parsemé de tumeurs de volume variable (2).

---

(1) La *forme* de l'élément chéloïdien peut être très variée : ronde ou arrondie, lenticulaire, nodulaire, avec ou sans dépression centrale; allongée en forme de bandelette rectangulaire avec radiations divergentes aux extrémités; en tumeur, quand elle émane d'une région à surface limitée, comme l'oreille, etc.

Si la chéloïde succède à une lésion figurée, elle en prend les dispositions et les limites, pour les dépasser et les abandonner, plus ou moins, dans son cours ultérieur, en prenant toutes les formes ou tous les aspects que l'on peut imaginer.

La *couleur* varie du rose pâle, rose livide, rouge rose, gris pâle, dans des proportions variées et variables avec l'état de la peau au moment où on l'observe, avec la température extérieure, etc. A moins que la chéloïde ne soit *très ancienne*, elle est rarement tout à fait *décolorée;* les points de récidive sont rosés, et se couvrent rapidement de télangiectasies de mauvais augure.

Quelquefois *unique*, la chéloïde peut être *multiple*, dépasser *cent* — cas de Schwimmer, Das mult. Kel., *Viertelj. f. Dermat.*, 1880 — et même *trois cents* — cas de Tommaso de Amicis — *Congrès de dermatologie de Paris*, 1889.

On la trouve disposée *irrégulièrement*, c'est le cas de la plupart des chéloïdes secondaires, si les lésions qui ont préludé sont, elles-mêmes, asymétriques, ou, au contraire, *symétrique* ou, pour parler plus exactement, affectant une symétrie relative, si la chéloïde est primitive; mais cela n'est pas une règle. E. B. — A. D.

(2) La prédisposition chéloïdienne, quelle qu'en soit la nature, ne

La chéloïde que nous avons considérée d'abord comme une tumeur qui se développe spontanément étant, d'autre part, déclarée pouvoir apparaître à la suite de blessures, on est naturellement amené à penser, ainsi que certains chirurgiens l'ont déjà admis, qu'elle n'est pas une tumeur d'un genre particulier, mais qu'en réalité elle est simplement une cicatrice hypertrophique. D'autres auteurs, au contraire, ont admis, à côté de la chéloïde vraie, qui naît spontanément, une chéloïde fausse, à laquelle devaient être rattachées les cicatrices provenant de pertes de substance (par brûlure, syphilis, etc.), parce que ces cicatrices s'étaient couvertes de tubérosités et s'étaient développées comme de véritables tumeurs (chéloïde cicatricielle, Dieberg; chéloïde syphilitique, Wilks; tumeur cicatricielle verruqueuse, chéloïde de Hawkin); enfin, nous connaissons encore la chéloïde d'Addison, qui est identique à la sclérodermie (T. II, p. 96) (1).

La constitution anatomique de la chéloïde spontanée a été étudiée par Warren aîné, Alibert, Follin, Schuh, Rokitansky, Wedl, Lebert, Virchow, etc., et d'une manière particulièrement détaillée, par Langhans et Warren jeune; l'examen anatomique, auquel j'ai moi-même soumis non seulement la chéloïde spontanée, mais aussi la chéloïde cica-

---

saurait faire doute; quelques sujets sont littéralement *chéloïdiens*, et font de la chéloïde sous l'action du moindre traumatisme. Nous observons avec soin depuis plusieurs années un jeune sujet aujourd'hui âgé de douze ans, chez qui VIDAL — voy. *Musée de Saint-Louis*, pièce n° 792 — a observé, et fait mouler quatre chéloïdes du bras, développées à l'âge de trois mois sur les lésions vaccinales. Depuis cette époque, les chéloïdes vaccinales se sont accrues, formant de gros macarons, et se sont ultérieurement déformées en s'étalant. Toutes les tentatives de curation — on n'a pas fait de scarifications — sont restées sans résultat. Vers la neuvième année, il s'est développé, sans lésion préalable appréciée, *à l'oreille gauche*, une *chéloïde en tumeur*, volumineuse, deux fois extirpée, et deux fois récidivée.

La question du rôle à attribuer dans ce développement à un état pathologique du système nerveux est complètement à réserver : Voy. le cas de TOMMASO DE AMICIS, chéloïde spontanée multiple ; cas très rare observé sur une femme névropathique; — *tirage à part in*-8°, avec planches, Paris, 1890, et *Compte rendu officiel du Congrès de dermatologie*, p. 93.

(1) On a vraiment compliqué plus qu'il ne faut la question des diverses *espèces* de chéloïde, dont la notion demeure quelque peu confuse dans l'esprit général des médecins.

En réalité, il n'y a qu'*une* chéloïde, laquelle tantôt *semble* survenir sans lésion préalable, tantôt *succède évidemment* à une autre altération. Cela peut s'exprimer en disant que, quelquefois *primitive*, elle est, le plus souvent, *consécutive* ou *secondaire*.

La chéloïde *primitive* ne doit pas être appelée « spontanée » : *chez*

tricielle, nous apprend qu'il y a trois formes de tumeurs qui sont analogues l'une à l'autre : 1° la *chéloïde* (*vraie*), 2° la *cicatrice hypertrophique*, et 3° la *chéloïde cicatricielle.*

Dans la chéloïde, sur des coupes fines, on peut déjà à la loupe seule reconnaître une masse de tissu blanchâtre, formée de fibres épaisses disposées parallèlement à l'axe longitudinal de la tumeur et à la surface de la peau, enchâssée dans le chorion ; avec le microscope, on peut voir encore au-dessus et au-dessous de cette masse des couches du chorion restées normales, et en particulier des papilles et des prolongements du réseau muqueux complètements intacts. En certains endroits, ces faisceaux de fibres horizontales sont traversés par des fibres qui remontent en diagonale (Langhans). A l'intérieur du corps de la chéloïde, et autour des vaisseaux comprimés par les épais faisceaux de fibres qui les enveloppent comme une gaine, il n'y a que peu de noyaux et peu de cellules fusiformes à noyau ; il y en a, au contraire, beaucoup

---

les chéloïdiens, elle naît à la suite de contusions, de pressions ; alors même (ce qui est peu probable) que son développement local se ferait sans cause déterminante, le terme de *primitive* est suffisant pour *spécifier* le cas, désigner l'*espèce* de chéloïde, sans rien préjuger de ce que nous ignorons encore. A plus forte raison rejetons-nous le qualificatif de « vraie » — chéloïde vraie, *Kelis genuina*, Alibert.

La *chéloïde consécutive*, secondaire, est la *chéloïde commune*, succédant, non pas comme on l'a dit, à une cicatrice, mais à une *lésion* de nature très diverse ; dans les chéloïdes acnéiques par exemple, il est aisé de voir que le processus chéloïdien *débute* au cours même de l'évolution acnéique, et ce n'est guère que dans les cicatrices chirurgicales, ou dans celles qui succèdent à l'excision de la chéloïde, qu'elle naît véritablement *après* le processus de cicatrice complètement clos.

Enfin, nous rejetons les termes de « fausse chéloïde » — *Kelis spuria*, Alibert — et de « chéloïde cicatricielle », qui prêtent à ambiguïté. Le mot de « fausse chéloïde, » ou de cicatrice chéloïdiforme, ne serait applicable qu'aux cicatrices *vicieuses*, bridées, élevées, hypertrophiques, lesquelles non seulement se distinguent de la chéloïde par les caractères propres du tissu inodulaire, mais encore, cliniquement, par ce fait que la cicatrice vicieuse évolue sur place, *ne dépasse pas les limites de la lésion à laquelle elle succède.* Certaines cicatrices hypertrophiques s'étendent dans le derme au delà de la limite propre de la *saillie* cicatricielle proprement dite, ce que R. W. Taylor — A further contribut. to the stud. of molluscum fibrosum ; etiology ; fibromatous infiltration and its relation to keloïd, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1887, p. 161 — appelle « *patches of fibromatous infiltration* » ; mais ces éléments périphériques ne progressent, ni ne s'élèvent, à la manière de la chéloïde ; leur évolution naturelle, *au cours des années*, est *inverse.*

Ernest Besnier. — A. Doyon.

dans les parties plus jeunes de la chéloïde, et autour des vaisseaux de ses prolongements, de manière à indiquer que les fibres de tissu cellulaire de la chéloïde prennent naissance dans ces cellules fusiformes qui entourent les vaisseaux en forme de gaine. La présence des papilles et des prolongements du réseau muqueux montre d'une manière toute spéciale que la chéloïde, contrairement au tissu cicatriciel, se produit dans un chorion antérieurement intact et n'est pas par conséquent une formation destinée à réparer une perte de substance.

Dans la *cicatrice hypertrophique*, au contraire, on ne trouve pas une

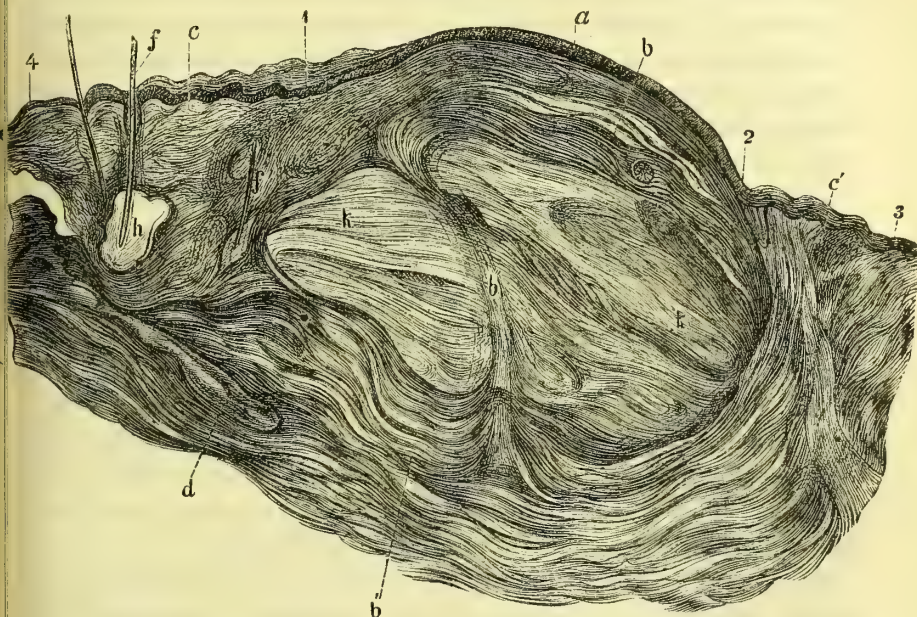


Fig. 44.

Coupe d'une chéloïde cicatricielle (développée sur le cou d'un homme à la suite d'une blessure faite par un éclat de verre).

1-2. Cicatrice, l'épiderme *a* s'étend, sans prolongements du réseau muqueux, au-dessus du tissu cicatriciel *b* dépourvu de papilles, dont les faisceaux lâches se relient par un appendice *b''* aux faisceaux cicatriciels profonds *b'*. Entre *b* et *b'* se trouve enclavée la chéloïde *k* formée de fibres grossières et disposées parallèlement à la surface; la chéloïde se prolonge vers 2-3 et 1-4 dans la peau qui n'a pas été intéressée par la blessure et qui présente des papilles et des prolongements du réseau muqueux *c c'*. La peau contient des follicules pileux *f* et des glandes sébacées *h* conservées intactes; en *d*, quelques follicules comprimés dans une direction oblique.

seule papille, parce que la cicatrice implique la destruction des couches supérieures du chorion par suppuration, par excision, etc. La cicatrice hypertrophique n'envahit jamais, au delà de l'aire fondamentale de la perte de substance à laquelle elle succède, la peau avoisinante, et elle ne dépasse le niveau de celle-ci que en d dans de la base qu'elle ne peut

pas dépasser. En outre, les fibres conjonctives de la cicatrice forment un réseau irrégulier, et beaucoup plus lâche, qui, dans les cicatrices récentes, contient beaucoup de cellules, tandis que plus tard il présente des fibres plus résistantes et au contraire peu de cellules.

Enfin, dans la *chéloïde cicatricielle* (fig. 44), les papilles manquent au centre; puis, sous une mince couche d'épiderme, on trouve les entrelacements irréguliers du tissu cellulaire de la cicatrice qui entourent la chéloïde reconnaissable à ses faisceaux serrés de fibres, disposés d'une manière délicate et aux papilles de la surface. Il y a donc ici, incontestablement, une combinaison de cicatrice et de chéloïde.

Babesiu a constaté l'absence des papilles dans un cas de chéloïde multiple observé par Schwimmer. Il y avait là une chéloïde cicatricielle ou bien une chéloïde vraie ; en ce dernier cas, une atrophie par compression des papilles a pu se manifester peut-être dans cette chéloïde, au bout d'un certain temps, sous l'influence de son développement.

Ainsi que cela découle des faits que nous venons d'exposer, on ne peut donc distinguer la chéloïde de la cicatrice hypertrophique qu'à l'aide de l'examen microscopique, ce qui rend le diagnostic pratique très difficile. Plus l'état normal de la peau des papilles et des follicules est reconnaissable à la surface de la tumeur, plus il est certain que l'on a devant les yeux une chéloïde et non une cicatrice hypertrophique. D'autre part, le siège de la lésion sur certaines régions du corps, par exemple sur le sternum, et sa disposition en plusieurs bandes ou stries, sont encore des caractères particuliers à la chéloïde. Celle-ci est facile à distinguer de la sclérodermie; mais quand elle siège sur la lèvre elle se différencie plus difficilement du rhinosclérome (1).

Le pronostic de la chéloïde n'est pas favorable, car il est extraordinairement rare que l'on voie cette affection disparaître spontanément, et nous ne possédons aucun moyen de la guérir. Si on l'enlève par excision

---

(1) La différenciation *clinique* de la chéloïde et de la cicatrice hypertrophique a besoin d'être perfectionnée au point de vue des signes directs, et du diagnostic immédiat. Mais l'état stationnaire, le non-envahissement périphérique, l'absence de digitations radiculaires, l'amollissement et l'abaissement de niveau sous l'action du temps, etc., distinguent pratiquement d'une manière suffisante la chéloïde de la cicatrice hypertrophique.

Cela d'autant mieux que, même avec l'aide de la biopsie, on ne peut pas toujours prononcer un jugement temporaire, en raison des obscurités qui diminuent provisoirement la valeur diagnostique de l'examen histologique ; Cf. E. Schwimmer, *loc. sup. cit.;* Vict. Babesiu, Ein Beitr. z. *Histol.* des Keloïds, *Viertelj. f. Dermat.*, 1880, Tafel VIII; H. Radcliffe Crocker, *Brit. Med. Journ.*, 1886, p. 544 et *Diseases of the*

ou à l'aide de la cautérisation, elle récidive régulièrement; aussi ne doit-on se décider qu'avec la plus grande réserve à intervenir chirurgicalement.

L'emplâtre hydrargyrique, les badigeonnages d'iode et de glycérine iodée peuvent être employés pour essayer de provoquer la résorption dans les cas où le tissu cellulaire est encore de formation récente. Hardaway prétend avoir obtenu de bons résultats de l'électrolyse.

C'est beaucoup moins contre la difformité qu'elle entraîne que contre les douleurs, parfois intolérables, dont s'accompagne la chéloïde, douleurs qui, dans certains cas, sont intermittentes et paroxystiques, que les malades réclament l'assistance du médecin. On essayera l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre de mélilot saupoudré d'opium, le froid, le chloroforme, les injections sous-cutanées de morphine, de cocaïne ou des pommades avec cette dernière substance, et, dans les cas où les douleurs sont intermittentes, la quinine associée à l'arsenic (1).

---

skin, *loc. sup. cit.*, p. 484; J. DENERIAZ, de Sion, *Thèse de Berne*, Genève, 1887; WALTER G. SMITH, U. e. Fall v. mult. Chel. (Alibert), *Monatsh. f. prakt. Derm.*, T. VIII, n° 9, 1889.

Rien n'étant impossible, nous ne saurions nier la « disparition spontanée » d'une chéloïde — voy. *loc. sup. cit.*, le cas de TOMMASO DE AMICIS — nous déclarons simplement que nous ne l'avons jamais observée. En tout cas, la permanence est la règle, tellement générale, qu'il n'y a pas à compter sur les exceptions dans la chéloïde commune.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La médication interne, dans la chéloïde, est à peu près nulle; il est vrai qu'on a peu cherché. En dehors de l'arsenic, que l'on peut toujours essayer, il y a pénurie réelle; les iodiques, les mercuriaux, etc., sont sans action.

Le traitement par les *topiques* est toujours insuffisant; mais il constitue un adjuvant utile — emplâtres mercuriel, résorciné, salicylé à doses variables selon la tolérance particulière; associé à la compression, et *longtemps* continué, il peut être suffisant pour réduire la cicatrice vicieuse, et toutes les pseudo-chéloïdes dont la réduction est spontanée.

A la même série peuvent être ajoutées les *douches sulfureuses chaudes* — Voy. QUINQUAUD, *Réunion des méd. de Saint-Louis*, Déc. 1888, *Tirage à part*, p. 28.

L'électrolyse a été expérimentée par W.-A. HARDAWAY — *Philad. med. Times*, 1886 — et surtout par L. BROCQ — *Journ. de méd. de Paris*, 1887 — qui la considère comme l'un des moyens de curation à associer aux autres, ou à faire alterner avec eux, quand l'action de la médication adoptée se ralentit, ou s'épuise.

Nous avons essayé, sans aggravation, mais sans bénéfice, les cautérisations ponctuées, et même la scarification électrocaustique; et toutes

CICATRICE

On donne le nom de cicatrice cutanée à une néoformation développée à la place d'une perte de substance de la peau, qu'elle remplace définitivement. La cicatrice se distingue de la peau normale qui l'environne

---

les tentatives qui ont été faites à l'aide des caustiques chimiques sont restées sans résultat, ou ont eu un résultat fâcheux.

L'*extirpation* chirurgicale peut être tentée pour les chéloïdes SECONDAIRES dans les cas où les conditions locales permettent de dépasser de plusieurs centimètres — WARREN, *Surg. observ. on tumours*, Boston, 1837, p. 40, *cit.* LELOIR et VIDAL ; et MICHON — Du cancer cutané, *Thèse de concours*, Paris, 1848 ; — mais, en dehors de ces conditions exceptionnelles, la récidive est certaine, avec début ordinaire dans les points de suture, de un à six mois après l'opération, sauf peut-être dans des conditions que nous préciserons un peu plus bas.

La médication la moins imparfaite que l'on puisse appliquer à une chéloïde est celle que VIDAL a fait connaître en 1881 — Traitement chirurgical de quelques maladies de la peau, *France méd.*, 1881, p. 736, 783 — et qu'il a, de nouveau, exposée en 1886 à la *Réunion hebdom. des méd. de Saint-Louis*, *Tirage à part*, p. 129 ; et, De la chéloïde, *in Ann. de Dermat.*, 5e série, T. I, 1890, p. 206. — Cette médication consiste dans l'emploi des *scarifications linéaires*, comprenant toute l'épaisseur de la tumeur, et que l'on peut faire après anesthésie locale à l'aide du chlorure de méthyle appliqué au pinceau. La perte de sang, qui commence seulement quand la congélation a cessé, est insignifiante, et peut être arrêtée par quelques instants de compression ouatée. Pansement très simple avec coton hydrophile antiseptique, cicatrisation très rapide.

Le revers général de cette médication que nous avons, après VIDAL, mise en expérimentation et pratiquée un très grand nombre de fois, consiste en ce que, pour arriver au but, les scarifications doivent être répétées un nombre illimité de fois, ce qui, même en les réitérant très souvent, réclame des mois, et nous devons le dire quelquefois des années. A certains moments, on ne constate plus aucun progrès après les scarifications. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'employer dans les intervalles des opérations les moyens *adjuvants* que nous avons indiqués tout à l'heure, ou de les faire alterner selon le conseil de Brocq.

Ce n'est pas tout, certaines chéloïdes sont tellement volumineuses, forment des *tumeurs* de telles dimensions, une noix, une mandarine, etc., qu'il ne saurait être question d'en entreprendre la guérison par la scarification.

C'est à ces cas que LE DENTU a proposé d'appliquer *d'abord* l'extirpation aussi large que possible, et de pratiquer les scarifications aussitôt le début de la récidive, proposition très heureuse, et dont les résultats peuvent être très importants en pratique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

de tous côtés par l'aspect brillant, blanc ou rouge, lisse, parfois aussi ridé ou finement lamellé et sec de sa surface, et par une consistance ferme ; à son niveau, on ne trouve ni les lignes ou sillons, ni les pores, les poils, le pigment, ni les glandes sébacées ou sudoripares, qui appartiennent en propre au tégument normal. Les surfaces cicatricielles peuvent être de niveau avec la peau environnante, — cicatrice normale ou plate, — ou bien elles sont un peu au-dessous de ce niveau, — cicatrices atrophiques ; — ou bien enfin elles font saillie au-dessus des parties adjacentes, — cicatrices hypertrophiques. Dans ce dernier cas, la cicatrice représente un bourrelet en forme de strie, cylindrique, bosselé, une sorte de surfaîtage en cordon ou de pli, au-dessus de la peau ou d'une cicatrice, d'ailleurs plate ; ou bien ce sont des bourrelets combinés et se croisant en forme de réseau, de filet ou d'étoile. Enfin la cicatrice est tantôt mobile avec la peau, — cicatrice libre ou mobile, — tantôt fortement adhérente aux parties sous-jacentes, aponévroses, os ; elle est alors plate ou bien enfoncée, — cicatrice fixe ou adhérente.

La production de la cicatrice suppose nécessairement qu'une portion de la peau (le chorion ou au moins la couche papillaire) a été détruite. Sous ce rapport seul on peut déjà, et cela a une certaine importance pratique, diviser, d'une manière générale, les maladies de la peau en deux grands groupes : celles qui s'accompagnent de cicatrices, et celles dans lesquelles il n'y en a pas. Toutes les affections qui consistent dans une inflammation résolutive, ou qui entraînent, au plus, la chute de l'épiderme, comme l'eczéma, l'érysipèle, la dermatite superficielle, le pemphigus, l'herpès zoster, la variole légère, appartiennent à la première catégorie. Exceptionnellement, il est vrai, même dans ces formes, il peut se produire une cicatrice, mais c'est seulement à la suite d'accidents locaux, qui déterminent une destruction du tissu cellulaire, comme celle qu'entraîne le développement de furoncles ou le grattage dans l'eczéma, ou la destruction hémorrhagique, la gangrène des couches superficielles du chorion dans le zona. A la seconde catégorie se rattachent non seulement les destructions de tissu produites par des actions mécaniques (grattage, contusions), ou chimiques et dynamiques (brûlure, congélation, cautérisation), mais encore toutes les affections qui, par leur nature, déterminent une nécrobiose (gangrène) ou une fonte purulente des tissus : lupus, gommes syphilitiques, scrofulose, dermatite suppurative.

Le processus de la formation du tissu cicatriciel a été élucidé, dans ses points les plus essentiels, par l'observation clinique ainsi que par l'expérimentation (Billroth, O. Weber, Thiersch, Ziegler, etc...). Il présente deux phases : 1° la formation de bourgeons charnus (granulations) ; et 2° la production de l'épiderme ou épidermisation (« cicatri-

sation »), qui peuvent toutes deux s'accomplir d'une façon normale ou anormale.

Dès que la partie de tissu qui a été frappée de mortification par suite de l'une des influences que nous avons signalées plus haut (caustique, destruction mécanique, suppuration inflammatoire, gangrène) est délimitée du tissu sain, les granulations commencent à se former sur ce dernier, qui présente en même temps les symptômes de l'infiltration et de la suppuration inflammatoire, et, après la chute des parties mortifiées, on voit une plaie bourgeonnante et suppurante. Les bourgeons, d'une couleur rouge vif au début, sont granuleux et durs ; plus tard, ils présentent de fines granulations, comme veloutées, douées de sensibilité au toucher, mais non douloureuses.

Au point de vue histologique, on distingue dans les granulations une couche supérieure, dépourvue de vaisseaux, constituée par du pus, « pyogène », et une couche inférieure, très vasculaire, « plasmatique » (Thiersch). D'après les idées qui dominent actuellement, les éléments figurés du pus proviennent en partie du tissu de granulation (corpuscules de migration) et des vaisseaux sanguins de ce tissu (leucocytes), en partie de la prolifération des éléments de tissu situés sur les couches les plus superficielles. La masse principale (inférieure) des granulations présente du tissu cellulaire de formation récente, provenant, pour une grande partie, des corpuscules sanguins immigrés (Cohnheim), ainsi que les éléments du tissu voisin ancien, qui sont devenus productifs sous l'influence de l'hyperhémie et d'un afflux plus abondant de plasma ; il provient encore, pour une certaine part, du gonflement et de la division des corpuscules du tissu cellulaire et d'autres éléments figurés ; c'est ce que l'on appelle le « tissu de granulation » (Virchow), qui est typique pour beaucoup d'espèces de néoplasme. Ce tissu est composé d'une substance intercellulaire à grains fins, ou formant un réseau de fibres délicates, dans laquelle se trouvent en grand nombre des cellules ovales, à gros noyaux et fusiformes ; des vaisseaux de nouvelle formation donnent à ce tissu une direction et un soutien ; et une forme verruqueuse, papillaire, résultant de la production d'entrelacements vasculaires à sa surface. Une partie des vaisseaux nouveaux provient également des anciens, dont la paroi est repoussée vers l'extérieur ou se développe en forme de bulbes solides qui, plus tard, deviennent creux (Jos. Meyer, O. Weber) ; les autres se produisent spontanément par le dépôt de cellules qui s'alignent les unes à côté des autres et finissent par se confondre en un tube garni de noyaux (Rokitansky). Ou bien la formation des vaisseaux est due à ce que de simples espaces intercellulaires entrent en communication avec les vaisseaux sanguins préformés (Weber, Lehmann) ;

ou enfin elle est le résultat de la production endogène de corpuscules sanguins dans les cellules et les espaces creux, ce qui est pour ainsi dire une répétition du processus embryonnaire (Rokitansky, Weber, Billroth, Stricker, E. Klein).

Le tissu de granulation passe par une transition graduelle des couches les plus profondes en tissu cellulaire (cicatriciel), à mesure que, avec l'atténuation de l'hyperhémie, l'immigration et la prolifération des cellules deviennent moins actives ; une partie de celles-ci acquiert une plus grande stabilité, et par le dépôt les uns à côté des autres (Rollet) et l'expansion, peut-être aussi la division des prolongements, elle se transforme en fibrilles de tissu cellulaire contenant des corpuscules triangulaires de tissu conjonctif, tandis que la substance intercellulaire subit des changements chimiques ou morphologiques correspondants. A mesure que l'organisation de ce tissu se complète, les fibres se serrent les unes contre les autres, les espaces intercellulaires et interfibrillaires diminuent, les fibres reviennent sur elles-mêmes et attirent la peau du voisinage, ce qui fait que l'étendue de la plaie devient moindre.

Quand la granulation, par suite de son accroissement en hauteur, atteint le niveau de la peau avoisinante, alors commence la seconde période du processus, la cicatrisation par formation d'un nouvel épiderme.

Pendant que l'hyperhémie diminue, le développement ultérieur des bourgeons charnus s'arrête en premier lieu sur le bord de la plaie, et de celui-ci part une pellicule mince qui représente le liséré de cicatrisation, rouge bleuâtre par suite de la transparence des vaisseaux sanguins. Ce liséré s'avance constamment de tous les côtés vers le centre de la plaie ; dans les parties où il s'est formé depuis un certain temps, il pâlit par suite de l'accumulation des couches épidermiques les unes sur les autres ; puis il finit par se confondre avec celui du côté opposé ; la plaie se trouve alors entièrement recouverte, la cicatrisation est terminée.

L'observation clinique paraît presque avoir démontré que l'épiderme nouveau est engendré par les anciennes cellules épidermiques qui sont situées sur les bords de la plaie. En effet, le liséré de cicatrisation prend régulièrement son point de départ au bord de la plaie, et quand, dans certaines circonstances, par exemple à la suite d'une brûlure, on voit des îlots d'épiderme apparaître isolément au milieu de la surface des granulations, il est bien possible que ces îlots proviennent eux-mêmes de l'épiderme ancien, c'est-à-dire du revêtement épidermique de portions de glandes sébacées et sudoripares qui ont échappé à la destruction. Cette hypothèse, que l'épiderme ne peut provenir que de l'épiderme, ne répond pas seulement à la conception embryologique, mais encore elle est en harmonie avec les résultats de certaines recher-

ches spéciales; ainsi, pour la réparation de pertes de substance siégeant dans l'épithélium de la cornée, Heiberg a vu l'épithélium situé sur les bords de la plaie pousser des prolongements qui se segmentaient de manière à former des cellules nouvelles. D'un autre côté, Lott, pour la régénération physiologique de l'épiderme, a démontré également la segmentation des rejetons des cellules de la base du réseau muqueux; et dans la prolifération pathologique de l'épithélium (v. fig. 38), c'est également le phénomène de la division des cellules préexistantes qui joue le principal rôle. Nous nous sommes déjà expliqué (v. tome II, pag. 35) sur la karyokinèse que l'on peut observer dans ces cas. En outre, il est possible aussi que les cellules migratrices se transforment en partie en épiderme (Biesiadecki, Pagenstecher). Une opinion tout à fait isolée est celle de J. Arnold, qui admet que le nouvel épithélium doit se former d'une façon pour ainsi dire autochthone, par la transformation du plasma produit par l'épithélium du bord de la plaie.

La production des cicatrices peut se faire d'une manière anormale, en ce que les granulations se forment tardivement, ou bien elles sont de mauvaise qualité, c'est-à-dire qu'elles sont lisses, chétives, sèches ou infiltrées, qu'elles saignent facilement ou qu'elles tombent plusieurs fois de suite; ou bien elles poussent d'une façon exubérante et dépassent le niveau normal (*caro luxurians*). Ces bourgeons charnus sont en même temps, ou bien d'une insensibilité anormale, ou, au contraire, très sensibles; ou, d'un autre côté, la production de l'épiderme est retardée d'une manière anormale.

Les causes de ces obstacles à la cicatrisation sont : ou constitutionnelles (anémie, scorbut, hydropisie), ou dues à des circonstances locales (lésions mécaniques, pression, tiraillement); enfin c'est quelquefois la grande étendue de la plaie qui entrave aussi la cicatrisation, en ce sens que la cicatrice, déjà complètement développée à la périphérie, comprime, par suite de sa rétraction, les vaisseaux afférents qui, dès lors, ne peuvent plus nourrir suffisamment les parties centrales.

D'après ce que nous avons dit, la cicatrice complète est constituée par un réseau du tissu cellulaire irrégulier, abondamment pourvu de vaisseaux et de nerfs. Elle ne contient ni follicules pileux, ni glandes sébacées et sudoripares, non plus que des papilles. Elle manque donc aussi des prolongements du réseau de Malpighi qui correspondent aux papilles, et l'épiderme, formé de plusieurs couches de cellules polyédriques du réseau muqueux et d'une couche mince de cellules cornées, s'étend uniformément sur la surface de la masse du tissu cellulaire. Les cicatrices récentes sont pigmentées, succulentes, et contiennent une grande quantité de cellules; elles comportent encore de nombreux vaisseaux sanguins : c'est pourquoi elles ont une coloration rouge vif, et,

sous l'influence du froid et de la stase mécanique du sang, elles saignent facilement et perdent leur épiderme, qui se détache et tombe avec une grande facilité. Avec le temps, les cicatrices se rétractent, deviennent sèches, dures et blanches (1). Aussi, à la coupe, présentent-elles de nombreux cordons vasculaires désorganisés, remplis de granulations pigmentaires, du tissu cellulaire sclérosé avec des corpuscules peu nombreux et petits, et des espaces intercellulaires étroits.

Puisque toute cicatrice comble le vide d'une perte de substance, comme la fonte remplit un moule, elle répond comme forme générale et comme étendue à la lésion qu'elle doit réparer; mais la disposition générale qu'elle affecte est le résultat d'un certain nombre de circonstances spéciales qui résument, en quelque sorte, son histoire. C'est ainsi, par exemple, que les cicatrices qui succèdent aux ulcérations serpigineuses de la syphilis, présentent, conformément à la manière dont ces ulcérations se délimitent, au centre, le caractère des vieilles cicatrices, qui sont blanches et fermes, tandis qu'à la périphérie elles ont l'aspect des cicatrices récentes : elles sont rouges, pigmentées, et ont en même temps la forme d'arcs de cercle. Mais cela n'est vrai que d'une manière générale, et il n'est pas possible, dans ce cas spécial, de soutenir cette idée qu'il y a des cicatrices caractéristiques. En effet, les cicatrices qui succèdent au zona peuvent ressembler exactement à celles qui proviennent de la syphilis, et les cicatrices entrelacées qui résultent d'une brûlure ou d'un bubon gangréneux ont exactement le même aspect que celles qui sont produites par une cautérisation avec l'acide sulfurique. C'est seulement en tenant compte de toutes les circonstances accessoires que l'on peut se former une idée approximative, conclure à la probabilité de l'origine des cicatrices, d'autant plus que la forme parti-

---

(1) Il y a de nombreuses exceptions; non seulement quelques cicatrices restent colorées, mais il en est qui deviennent le siège de télangiectasies permanentes.

Généralement opaque, la couche épithéliale laisse mal voir par transparence les parties sous-jacentes; cependant, en graissant légèrement leur surface, on peut apercevoir des détails qui échapperaient sans cet artifice — Voy. aux *notes* du Lupus de Willan, les caractères des cicatrices envahies par la repullulation.

Quand, par exception, l'étage adipeux de la peau reste entier, et que la couche épithéliale de nouvelle formation est lisse et mince, la cicatrice prend une coloration *jaune safrané* spéciale, et reste, au toucher, d'une mollesse particulière. Ces cicatrices s'observent dans des conditions diverses, atrophies dermiques idiopathiques, brûlures, pour ne parler que de celles que nous avons vues; elles n'ont, en elles-mêmes, rien de spécifique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

culière qu'elles présentent dans tel ou tel cas peut tenir à des circonstances autres que les causes immédiates (1). Les cicatrices sont vicieuses, par exemple, toutes les fois qu'elles sont troublées dans leur formation; elles deviennent inégales, nodulaires, réticulées. La cautérisation avec l'acide sulfurique laisse en général après elle des cicatrices difformes. Chez certains individus, des cicatrices déjà complètes s'hypertrophient encore par la suite. Enfin le traitement suivi pendant le développement de la cicatrice exerce aussi une grande influence sur la qualité du produit final.

Les cicatrices entraînent après elles des conséquences variables et nombreuses : d'abord elles déforment la région qu'elles occupent, en tiraillant, par le fait de leur retrait constant, la peau des parties avoisinantes. Suivant leur siège, elles déterminent la fixité et la contracture des articulations, l'ectropion, le rétrécissement des orifices naturels, l'effacement des plis de la peau des doigts, la déviation latérale de la tête quand elles siègent sur le cou, etc... Enfin, en raison de leur peu d'élasticité, elles gênent plus ou moins les mouvements des membres au point d'en paralyser la fonction; elles sont, en outre, souvent très gênantes à cause des douleurs spontanées, du prurit et des élancements qui les accompagnent, ainsi que par leur vulnérabilité, qui persiste

---

(1) Bien que la valeur absolue des cicatrices au point de vue rétrospectif soit toute *relative*, et qu'en *médecine légale* elle ne puisse être invoquée qu'avec grande réserve — voy. Ottolonghi, Il colore e la forma d. cicat. ant., *in* Rapp. a. medic. forense, *Giorn. d. R. Acad. d. med. d. Torino*, 1889, p. 597, — il n'en est pas moins vrai que leur importance clinique reste considérable dans la détermination d'un état actuel ou antérieur. Non seulement le fait même de leur existence (qui circonscrit déjà considérablement le débat), mais encore leurs caractères particuliers, leur forme, leurs dimensions, leur couleur, leur siège topographique, leur mobilité ou leur adhérence, etc., peuvent être souvent utilisés.

La disposition individuelle et la maladie des sujets atteints ont une influence de premier ordre : la pigmentation prédomine dans un grand nombre de cicatrices syphilitiques, la lividité et les varicosités dans les cicatrices des lymphatiques et des scrofulotuberculeux ; chez ces derniers, en outre, la disposition vicieuse est très accentuée, etc.

Le siège topographique a également son importance ; sur la région cervicale, au sternum, à la région dorsale supérieure, les cicatrices hypertrophiques sont communes.

Enfin, les cicatrices peuvent devenir le siège d'évolutions néoplasiques *dégénératives*, au premier rang desquelles l'*épithéliomatose* — Voy. C. Durand, de l'épithélioma des cicatrices, *Thèse de Paris*, 1888.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

parfois très longtemps, et par la tendance qu'elles ont à s'enflammer.

La thérapeutique a, ici, pour but d'obtenir de belles cicatrices, c'est-à-dire des cicatrices plates, minces et mobiles; son rôle commence avec l'apparition des granulations. Quand le processus est normal, on se contente d'appliquer l'une des méthodes de pansements usités en chirurgie. Lorsqu'il s'accomplit d'une façon anormale, il faut, suivant les circonstances, apporter tous ses soins à empêcher la production d'adhérences, à réveiller ou à restreindre la formation des bourgeons charnus et de l'épiderme (cautérisations fréquentes avec le nitrate d'argent, bandage compressif, solutions de potasse ou de sulfate de cuivre), à l'aide des procédés que nous avons exposés en détail au chapitre des *brûlures* (v. t. Ier, p. 503). Dans les grandes plaies dont les parties centrales tardent à se cicatriser, il sera bon de recourir, en outre, à la méthode de greffe proposée par Reverdin, et qui depuis lors a été maintes fois éprouvée. On excise avec des ciseaux, sur un endroit sain de la peau du même individu ou d'une autre personne, de petits lambeaux superficiels, que l'on taille en petits morceaux de 5 à 10 millimètres carrés, puis on les dispose à peu de distance les uns des autres sur la plaie déjà granuleuse, et on les maintient en place au moyen d'un emplâtre adhésif, que l'on enlève au bout de cinq à six jours.

Un certain nombre de ces greffes sont alors trouvées réduites et caduques, mais quelques-unes tiennent solidement, leur chorion et leurs vaisseaux capillaires ayant contracté des adhérences avec les éléments des granulations (expériences d'Amabili et de Jacenko). Ces lambeaux eux-mêmes perdent en partie leur ancien épiderme, mais déjà au dizième ou douzième jour ils produisent des îlots épidermiques bleuâtres, qui contractent aussitôt des adhérences avec les îlots voisins, et facilitent ainsi le revêtement épidermique des parties centrales.

On combat le tiraillement de la peau, le rétrécissement des orifices naturels, l'immobilité des articulations, etc., auquel donne lieu le retrait du tissu cicatriciel, au moyen de l'excision simple ou combinée avec l'autoplastie, ou par l'extension forcée de la cicatrice. En outre, on peut encore enlever les cicatrices hypertrophiques et qui déforment une région en y pratiquant des incisions horizontales, puis on cautérise la surface saignante avec la pierre infernale et l'on surveille soigneusement la nouvelle cicatrisation. On ramollit et l'on aplanit progressivement les cicatrices calleuses et rigides au moyen de fomentations prolongées, avec des eaux minérales naturelles ou artificielles chaudes, et par la compression exercée avec un emplâtre adhésif ou l'emplâtre mercuriel. Enfin on peut encore tenter d'exciter artificiellement dans le tissu de ces cicatrices une inflammation qui détermine dans leurs éléments fixes une végétation plus active et une métamorphose permettant leur résorp-

tion à travers les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui se sont nouvellement ouverts. Dans ce but, on emploie les cautérisations répétées avec une solution concentrée de nitrate d'argent, ou les applications méthodiques de glycérine iodée, ou encore l'électrolyse (Hardaway) (1).

On combat les affections névralgiques des cicatrices par les applications émollientes et narcotiques, de la même manière que les états analogues de la chéloïde; dans quelques cas, il faut pratiquer l'excision des nerfs qu'elles renferment ou du nerf afférent.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

MOLLUSCUM FIBREUX

Molluscum simplex ou pendulum (Willan); M. non contagieux (Bateman); fibroma molluscum (Wirchow) (2). On désigne sous ces noms des tumeurs ayant une base large ou au contraire pédiculée, recouvertes d'une peau normale, ordinairement limitées d'une manière nette et dis-

---

(1) Parmi les meilleurs moyens de réparer les cicatrices vicieuses de quelque origine qu'elles soient, il faut signaler les *scarifications*, exécutées selon les principes que nous avons indiqués plus haut, scarifications linéaires, quadrillées, losangiques, réitérées aussi souvent que cela est nécessaire. Ainsi que nous l'avons déjà rappelé ailleurs, leur principe a été indiqué très anciennement par les chirurgiens, particulièrement par Fabrice d'Aquapendente, en plusieurs passages tels que le suivant: « Primum ergo scarificanda est cicatrix sectionibus frequentissimis, non tamen profundis, etc. » *Op. chir.*, etc. Lugd. Batav. petit in-fol., 1723, p. 169, Cap. IX, De cicatricum tollendâ difformitate.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Les origines du terme de *Molluscum* sont très obscures : sans dire pourquoi, Bateman a donné ce nom à un *genre* dermatologique constituant l'ordre III des *tubercules*, mal défini, et contenant des *espèces* aussi dissemblables que la maladie de Tilésius, et le « molluscum contagieux ».

Plenck — *Doctr. de morb. cut.*, Vienne, 1776 — aurait d'après Michel — Art. *Molluscum* du *Dict. encycl. des Sc. méd.*, Paris, 1875 — fait un emploi antérieur de ce mot dans le passage suivant : « *Verruca carnea, seu mollusca, est tuberculum molle, sessile, cuti concolor*, etc... » Mais le terme de *mollusca* (s. lat. qui veut dire : fruit dont l'enveloppe est molle) ne se confond pas avec le mot de *molluscum*, qui a une autre signification.

Biett, Abrégé prat. de Cazenave et Schedel, Paris, 1825, p. 355, et Art. *Molluscum* du *Dict. de méd.* de 1839, ne prend pas la peine de s'ex-

tincte, et ayant une consistance uniformément molle, pâteuse ou plus solide. Leur volume est variable ; tantôt il y a un épaississement ou une proéminence que l'on peut sentir sous la peau, du volume d'un pois ou d'un haricot ; tantôt ce sont des tumeurs grosses comme une noix, comme le poing, ou même comme une tête d'enfant, qui ont une base large ou qui poussent devant elles, comme une bourse, la peau qui est plus ou moins solidement adhérente à leur surface, de façon que ces tumeurs semblent être des appendices de la peau pédiculés, en forme de poire, de bulbe, de panse ou de bourse.

Sur les petites tumeurs, la peau est pâle ; sur les grosses, elle est violacée, traversée par des vaisseaux dilatés, et ordinairement aussi elle est tendue, dépourvue de follicules. Cependant les glandes sébacées sont souvent dilatées et remplies de comédons, présentent même une dégénérescence athéromatiforme. Toutefois il n'y a jamais d'orifice conduisant dans l'intérieur de la production pathologique. Les tumeurs ont ordinairement une consistance pâteuse dans toute leur étendue, ou quelquefois un peu plus ferme, ou bien, si elles sont composées de plu-

---

pliquer à cet égard ; il dit seulement : « On a donné le nom de molluscum à cette maladie *à cause* de l'analogie des tubercules qui la caractérisent avec les proéminences *nuciformes* qui se développent sur l'écorce de l'érable », sans préciser s'il s'agit d'une analogie de forme, ou bien de consistance.

En cherchant à éclairer ce point obscur, voici ce que nous avons recueilli : le terme de *Molluscum*, dans l'ancienne latinité, sert, avec le mot de *Bruscum*, à désigner *toutes* les tubérosités de l'érable, et des autres arbres. PLINE le réserve à la *plus petite espèce* de ces tubérosités : « *Pulcherimum vero est bruscum, multoque excellentius etiamnum* MOLLUSCUM. *Tuber utrumque arboris ejus : bruscum intortius crispum : molluscum simplicius sparsum. Et si magnitudinem mensarum caperet, haud dubio preferretur citro.* » — *Hist. nat.*, Livre XVI, § XXVII, Édit. de Littré, Paris, 1877, T. I, p. 578.

Mais pourquoi les tubérosités de l'érable portent-elles le nom de *molluscum?* Est-ce en raison de la forme, de la consistance? Aucun des savants spéciaux à qui nous avons posé la question n'a pu la résoudre. En latinité, le mot de molluscum est rapporté à *malacion*, μαλακιον (piscis squamas non habens, ut polypus, etc. — B. CASTELLI, *Lexicon Greco-lat.*, Genève, 1744, in-4°.

Sur l'étymologie générale du mot *molluscum*, nous n'avons trouvé aucune opinion sérieuse ; AJASSON DE GRANDSAGNE — Trad. de l'Hist. nat. de Pline, Paris, 1831, Tome X, p. 238, note 147, XXVII, p. 52 — qui transcrit l'origine du mot, supposée celtique (« rad. *Luska*, écaille, et *mol*, limon, glaise »), reconnaît lui-même que sa valeur est très « hasardée » ; et en ce qui concerne l'appropriation médicale du mot, elle

sieurs lobes, elles présentent des parties plus résistantes et d'autres plus molles. Dans certains cas, en particulier dans les tumeurs petites et anciennes, on croit sentir entre les doigts un simple pli de la peau, sans aucun contenu, et cependant il y existe un prolongement en forme de cordon dirigé vers le tissu cellulaire sous-cutané.

Le nombre de ces tumeurs est habituellement considérable, on en trouve parfois jusqu'à plusieurs centaines (1), à tous les degrés de

---

est nulle, puisque les tubérosités du bois, les « nœuds », en sont les parties les plus dures.

Voici maintenant la suite des modernes :

GIBERT, bien qu'il fût un érudit et un lettré, écrit ce que suit : « Le molluscum a été ainsi nommé d'après la considération du pays où il est endémique, et dont il paraît originaire (les îles Moluques) » — *Traité prat.*, 3e édit., Paris, 1860, p. 551. Sa seule excuse est qu'il comprenait surtout, sous le nom de molluscum, une maladie exotique, le mal d'Amboigne, la maladie de Bontius, le *pocken amboynense* des Hollandais — Voy. Yaws et Verruga. BAZIN, qui aurait pu trouver là matière à donner cours à son talent critique, se prononce sommairement en faveur de l'opinion de BIETT : « Le molluscum, dit-il, doit-il son nom à une certaine analogie *de forme* avec le tubercule de l'érable, ou, comme le pense M. Gibert, à sa grande fréquence dans les îles Mo*ll*uques (*sic*)? Je préfère, quant à moi, la première étymologie » — *Leç. théor. et clin. s. les aff. cut. artif.*, Paris, 1860, p. 445.

Pour TILBURY FOX, « The ressemblance to molluscous animals is stated to have suggested the application of the term — *Skin. dis.*, *Third. édit.*, 1873, Gloss. index. Enfin, tout à fait explicites, LITTRÉ et ROBIN écrivent : « Elles (les tumeurs du molluscum) sont peu résistantes, peu élastiques, parfois d'une mollesse encéphaloïde, d'où leur comparaison à la consistance des mollusques — *Dictionnaire*, Paris, 1873, art. Molluscum.

La question envisagée au point de vue absolu est donc insoluble ; il est probable que BATEMAN, peut-être après quelque auteur que nous n'avons pas retrouvé, a employé le terme de Molluscum au sens de PLINE, c'est-à-dire de nodosité, de tubercule; il n'avait certainement pas en vue la comparaison de *consistance* avec les mollusques (mollusca, cæ, subst. féminin, de *mollis*), laquelle ne s'appliquerait qu'à une seule des deux espèces qu'il a décrites ; car, pour la première, il ne parle pas de la consistance, pour la seconde, il déclare que les tubercules étaient *durs*. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le nombre des tumeurs du molluscum est illimité : ce n'est pas seulement « quelques *centaines* », mais plusieurs *milliers* que l'on peut compter à la surface du corps; *trois mille* dans le cas de MODRZEWSKI — *Gaz. hebd. de Méd.*, 1882, p. 508; — *quatre mille cinq cents* dans l'observation de T. HASHIMOTO — The Sei-I-Kwai *med. Journ.*, ed. et publ. par la « Sei-I-Kwai », société pour favoriser les progrès de la science médicale au Japon, vol. VII, n° 12, Tokio, 1888, p. 197, communiqué

développement, à la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc, les paupières, les parties génitales, les fesses, etc... La première description, qui remonte à l'année 1793, d'un fait de ce genre observé par Ludwig et Tilesius, est encore aujourd'hui typique.

Ce n'est pas seulement par leur nombre et par leur volume que ces tumeurs gênent et fatiguent les malades, mais encore par l'obstacle mécanique qu'elles apportent, suivant leur localisation (1), au fonctionnement des articulations, à la vision quand la paupière supérieure pend comme un lambeau épais qui couvre le globe de l'œil ; les grosses tumeurs enfin gênent et fatiguent les malades par la tension de la peau, par l'inflammation et par la gangrène qui les atteignent accidentellement.

D'après la description, parfaitement concordante, de Rokitansky, Wedl, Virchow, etc..., le molluscum fibreux consiste en un tissu cellulaire fibreux à mesure que la tumeur devient plus ancienne.

C'est seulement sur le point de départ de ce néoplasme que les opinions sont partagées. D'après Rokitansky, il provient des espaces intercellulaires profonds du chorion ; d'après Fagge et Howse, c'est de la paroi conjonctive du follicule pileux ; d'après Virchow, de l'encadrement celluleux des lobules graisseux, opinion que je partage moi-même ; d'après Recklinghausen, des gaines des nerfs, mais certainement ceci n'est vrai que pour une forme spéciale de fibromes (fibromes nerveux, v. tome II, pag. 127). Dans son mouvement ascensionnel vers l'extérieur le néoplasme refoule la peau devant lui, puis il se développe en formant des tumeurs bosselées, lobulées et pendantes. Sur le sommet de la tumeur, il y a toujours une adhérence intime entre celle-ci et la peau, adhérence qui provient de ce que les fibres du néoplasme passent dans celles du chorion. Cette union est d'ailleurs peu solide, ce qui fait que la tumeur peut être assez facilement extirpée.

Dans les tumeurs anciennes et volumineuses, la partie centrale est

---

par Paul Raymond, qui en avait antérieurement donné l'indication dans le *Progrès médical*, 1889, p. 372.

Les tumeurs étaient ainsi réparties : « Head, Face, Neck regions, 479 ; Left upper extremity reg., 182 ; Right *idem.* reg., 385 ; Left chest reg. 607 ; Right *id.* reg., 623 ; Left. dorsal reg., 852 ; Right *id.* reg., 710 ; Left abdomen and lower entremity regions, 211 ; Right *id*..., 454 ; Total, 4503. » Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La *localisation* peut être aussi variée qu'on peut se l'imaginer ; les parties velues, les surfaces palmaires et plantaires, les plis articulaires, les organes génitaux, les orifices de rapport, les surfaces muqueuses des premières voies, et même la muqueuse digestive, n'y échappent pas.

E. B. — A. D.

formée de tissu cellulaire de production récente et gélatineux, la partie périphérique est plutôt composée de tissu cellulaire fibreux, ce qui est aussi le caractère histologique de l'éléphantiasis des Arabes. Dans le pédicule existent un ou plusieurs vaisseaux assez volumineux, ainsi que dans l'extrémité bosselée et solide que l'on trouve à toutes les époques de l'affection et qui est située au-dessous de la peau; c'est la partie dans laquelle la tumeur a son point de départ. Les glandes et les follicules de la peau qui recouvre la tumeur sont, proportionnellement à la tension que subit le tégument, tantôt normaux, tantôt tiraillés, tordus, rétractés, dégénérés. Souvent aussi on trouve de nombreux comédons et des tumeurs folliculaires (molluscum contagieux de Bateman) sur les tumeurs du molluscum fibreux et entre celles-ci.

Quelques-unes de ces tumeurs disparaissent spontanément ; à leur place reste un appendice en forme de sac en apparence vide. Nous vîmes un appendice analogue chez un de nos malades retombant avec plis et replis en forme de crinière de la région gauche du vertex sur l'œil, le cou et jusque sur l'épaule ; cet aspect rappelait ainsi le léontiasis des Grecs. Mais néanmoins celui-ci contient encore une partie du molluscum, ainsi que le prouvent l'impossibilité où l'on est d'écarter les uns des àutres les plis de la peau, et la présence du cordon noueux que l'on peut suivre jusque dans la profondeur.

La plupart des tumeurs persistent après avoir atteint un volume variable. Dans tous les cas observés jusqu'à présent, le début de l'affection a été rapporté à la première enfance. En l'absence de toute cause plausible, on a fait remonter l'origine du mal à une disposition héréditaire, d'après Virchow à une sorte de cachexie (molluscose fibreuse, Bergh, fibromatose), qui dans un cas publié par Virchow, s'est manifestée par l'apparition du molluscum dans trois générations successives. Hebra a aussi admis une disposition constitutionnelle, car il insistait sur ce fait que tous les individus atteints de molluscum fibreux présentaient également un certain degré de dépérissement sous le double rapport physique et mental.

Le molluscum fibreux est caractérisé par les particularités que nous avons décrites, par la multiplicité des tumeurs et la marche de l'affection, d'une manière suffisante pour que l'on puisse établir le diagnostic différentiel de ce néoplasme et de la tumeur des glandes sébacées connue sous le nom de molluscum sébacé ou contagieux, ainsi que des fibromes et des lipomes multiples, et de certaines verrues et nævi mollusciformes.

Des nævi mollusciformes et pigmentaires compliqués, ainsi disséminés ou limités à une région du corps, peuvent se développer en forme de tumeurs lobulées, pendantes, à tablier, comme Mott, Billroth, etc., les

ont reproduites (éléphantiasis lobulé, Esmarch et Kuhlenkampf). Ils se rapprochent certainement beaucoup anatomiquement des tumeurs du molluscum fibreux. Mais les caractères ci-dessus mentionnés et leur généralisation, outre l'absence de toutes les autres particularités qui surviennent dans ces nævi, assurent cependant à celui-ci une place à part à côté des nævi et de l'éléphantiasis (1).

---

(1) Laissant de côté l'éléphantiasis, qu'il n'y a vraiment pas lieu de faire intervenir ici, il est nécessaire d'insister, plus que ne le fait l'auteur, sur l'analogie du molluscum avec les *nævi* et les *tumeurs dermoïdes.* Non seulement, en effet, nous soutenons l'innéité, sinon la congénitalité toujours constatée du molluscum; mais encore il est aisé de l'appuyer sur la coexistence *régulière* et commune de *nævi* variés, sur les sujets atteints d'une forme quelconque de molluscum.

Sur le premier point, l'innéité, la démonstration ferme ne peut pas encore être donnée, tant l'histoire du fibrome mou, du molluscum fibreux, du molluscum, reste incomplète malgré des travaux nombreux.

La distinction esquissée par l'auteur entre les fibromes qui évoluent *après la naissance*, et ceux qui sont déjà constatés *à la naissance*, ne pourrait être appuyée que sur une anatomie de la peau, qui aurait déterminé *les aberrations formatives latentes* que le tégument externe comporte. Ces aberrations peuvent ne se manifester par des productions appréciables que plus ou moins longtemps après la naissance.

Pour nous, l'observation des faits cliniques suffit à établir que *tous* les molluscum dérivent de lésions formatives *innées*, quel que soit l'âge de la vie auquel ils fassent apparition. Si l'on observe attentivement, comme nous l'avons fait pendant plusieurs années, des sujets atteints de fibromes *congénitaux* — E. Besnier, Les dermato-fibromes (fibromes ou innomes cutanés), *Ann. de Dermat.*, 2e *série*, T. I, 1880, p. 206 — on verra, dans les années qui suivent la naissance, se développer des altérations absolument pareilles à celles qui étaient congénitales, et qui font *efflorescence* à des époques différentes.

Beaucoup de lésions de la peau, alors même qu'elles ne se *démasquent* que plus ou moins longtemps après la naissance, sont, en réalité, des *nævi* au sens propre du mot, c'est-à-dire des lésions *innées*, *originelles;* et pour nous le molluscum vrai est toujours dans ce cas.

Sur le second point, la simultanéité des nævi divers et du molluscum sur le même sujet, c'est là un fait de pure constatation que chacun pourra aisément vérifier, si il veut bien examiner, lui-même, le corps *entier* du malade, et *non pas* s'en rapporter à ses déclarations — Cf. : Behrend, *Ikonogr. Darstell. d. Hautkrankh.*, Leipzig, 1839, pp. 62, 64 et Pl. XIV, XXVIII; Simon, *Die Hautkrankh.*, Berlin, 1851, p. 231, *cit.* R. W. Taylor, *loc. cit.*; Edmond Boudet, Contrib. à l'étude du *Fibroma molluscum*, *Thèse de Paris*, 1883. Nous faisons depuis longtemps ces constatations dans nos conférences cliniques, et nous avons particulièrement insisté sur l'extrême fréquence des nævi de toute espèce, et sur la *multi-*

Le pronostic du molluscum fibreux n'est pas favorable, en ce sens que nous ne possédons aucun moyen d'obtenir la disparition de ces

---

plicité régulière des différentes espèces de nævi sur un même sujet, atteint ou non du molluscum.

Boudet, *loc. sup. cit.*, et plus tard A. Broca, *Traité cité*, ont pris la peine de critiquer la place que nous avons attribuée, avec Rindfleisch, au molluscum dans l'étage supérieur du derme, en se basant sur ce que des fibromes mous « *pouvaient* » provenir de l'hypoderme. C'est là un point que nous n'avons pas contesté; mais c'est une question à reporter à l'époque où les données précises sur les *preuves* de l'origine *réelle* de ces tumeurs auront été recueillies. Dans l'état actuel, notre classification des fibromes cutanés s'applique à la majorité des cas et elle est utile, au moins provisoirement, comme base de description classique et d'étude, mettant un peu d'ordre dans le désordre préalable. Voici textuellement les termes dans lesquels nous l'avons présentée en 1880 :

« On chercherait en vain, dans les traités de dermatologie les plus récents et les plus complets, un exposé philosophique de la nosologie et de la nosographie des dystrophies fibreuses du tégument externe; à la vérité, les auteurs qui ont écrit sur l'anatomie pathologique générale, ont abordé incidemment la question, mais ils n'ont pu la résoudre d'une manière acceptable, faute d'avoir associé dans leur conception l'analyse histologique et l'analyse clinique. Wirchow, par exemple, dans ses magnifiques Leçons sur les Tumeurs, réunit dans le chapitre commun des fibromes l'Éléphantiasis à côté du Molluscum qu'il désigne expressément, pour accentuer l'assimilation, sous le nom d'Éléphantiasis molluscoïde; l'abus est ici trop manifeste, à tous les titres, pour qu'il y ait lieu d'insister en parlant à des cliniciens. Il ne sera pas davantage nécessaire d'argumenter pour rejeter hors du cadre des fibromes, où Wirchow les a réunies, les tumeurs mixtes désignées sous les noms de verrues, papillomes, condylomes, etc. ; il n'y aurait aucun intérêt, et il y aurait tout dommage, à subordonner aussi absolument la clinique à l'histologie pure.

« Il existe, au contraire, une classe anatomiquement et cliniquement naturelle de tumeurs fibreuses de la peau, de fibromes, ou tumeurs essentiellement et vraiment fibreuses, congénitales ou acquises, dont les variétés principales sont, en grande partie, déterminées par l'étage de la peau qui leur donne naissance; par exemple, *a*) *fibromes de la couche superficielle;* fibromes mous, molluscum simple, vrai, fibreux, pendulum; *b*) *fibromes de l'étage moyen et profond* : fibromes durs, plats, sessiles; *c*) *fibromes de l'étage inférieur* de la peau, ou *hypoderme*, tumeurs sphériques plus ou moins complètement mobiles, dures, enkystées secondairement, etc.

« C'est à celles-là seulement que doit être, en réalité, appliquée la dénomination de fibromes cutanés, ou de dermatofibromes; et c'est là d'ailleurs un point sur lequel nous aurons à revenir dans la suite de ce travail. Les lignes qui précèdent suffisent pour poser la question dans le sens où nous la comprenons; elles ont eu surtout pour objet de servir d'introduction au fait remarquable que nous publions. » — E. Besnier, *loc. sup. cit.*, pp. 106, 107.

Nous pensons toujours que, dans une classification médicale des tumeurs, la clinique ne saurait abdiquer ses droits, et nous n'admettons pas l'absolutisme anatomique de la division de Cornil et Ranvier,

tumeurs. Bien que l'état général ne semble pas être influencé d'une manière appréciable par le néoplasme, puisque nous avons observé

---

reproduite par Boudet, déclarant qu'une tumeur ne peut être dénommée fibrome si « elle contient » un autre tissu que le conjonctif — Cf. v. Recklinghausen, *U. d. multipl. Fibrome d. Haut. u. ihre Beziehung zu d. multiplen Neuromen*, Berlin 1882; A. Philippson, Beitr. z. Lehre v. Fibr. moll., *Virchow's Arch.*, 110 Band, 1887, Taf. X, XI; u. Separat. Abdr.; E. Chambard, *loc. infr. cit.*, etc.

Nous ajouterons, ainsi que nous l'avons fait dans les notes de la 1re édition de cette traduction, que le terme de *molluscum* ne comporte plus, aujourd'hui, de *qualificatif de nature*, et qu'il ne peut rester, suivant les errements anciens, appliqué à des affections *différentes*, ainsi que cela est fait encore par la généralité des médecins qui appliquent le radical de molluscum à une série illimitée d'affections diverses.

Le molluscum ne constitue pas un *genre* morbide ayant des espèces; il s'applique à une dystrophie cutanée, anatomiquement classée dans les fibromes — fibrome mou, — et qui n'a que des *variétés* — anatomiques : fibrome, fibromyome, fibroneurome, lymphangiofibrome, etc., — et cliniques — *acrochordon* « quod exiguo quasi pediculo ut de chordà dependeat », *pendulum* pour les variétés pédiculées; *plein*, *aplati*, *dermatolysique* (*dermatolyse*) pour les molluscum à replis plus ou moins vastes, aplatis, dont un des exemples les plus récents a été publié par G. Marcacci — Di un raro esempio di fibroma mollusco, *Giorn. ital. d. malatt. ven. e d. pelle*, 1879, p. 193, — *sessile*, comme dans le molluscum de l'érable; *solitaire; circonscrit; généralisé; multiforme*, etc.

Pour le médecin qui a bien compris les limites dans lesquelles doit être renfermée l'affection à laquelle seule appartient la dénomination de molluscum, le *diagnostic différentiel clinique* présente peu de difficulté :

Tumeurs indolores et indolentes, enchâssées dans le derme, ou saillantes, sessiles, pédiculées ou propulsées complètement ; uniques ou multiples ; arrondies, aplaties en forme de bourse vide ; molles, contenant parfois un élément central plus consistant ; de coloration normale, rosées, livides, télangiectasiques ; présentant, à leur insertion, une lacune dermique, une vergeture au sens nouveau de ce mot, une fracture des fibres élastiques que le doigt peut percevoir si la base de la tumeur est assez large, et qui permet parfois, comme d'une hernie, la réinvagination — Cf. R. W. Taylor, On the mode of development and course of moll. fibr., and on the quest. of its relat. to acrochordon, and others cutaneous outshoots, *in Journ. of. cut. and. gen. ur. dis.* 1887, p. 41, et sur ce point particulier, p. 51.

Ce qu'il faut bien saisir, c'est qu'aucun de ces caractères, isolé, ne doit être jugé pathognomonique; la pédiculisation, l'aplatissement, la mollesse, l'indolence, etc., etc., d'une tumeur de la peau ne sont pas exclusives au molluscum. Il y a des *verrues* du type acrochordon, des tumeurs aplaties, pédiculées, telles que celles qui est été improprement appelées *molluscum fibreux de la région ano-rectale* — Reclus, *Gaz. des*

cette maladie chez des individus d'un âge assez avancé, il est à noter cependant que, chez certains malades, il est survenu à la longue un état de marasme qui s'est terminé par la mort, et chez d'autres, par la tuberculose (1).

Hôp., 1887, p. 889 ; des *polypes* divers, ou des tumeurs propulsées au-devant du derme; des *kystes* pédiculés, des *lipomes* sessiles ou pédiculés., mous, à granulations dures centrales, etc., etc., qui peuvent être confondus avec le molluscum — Voy. POLAILLON, Lipome de la rég. thorac. simul. une mamelle surnum, *Union médicale*, 1882, p. 790. Mais d'autre part, on voit des molluscum qui sont pris communément pour des verrues, des condylomes, des polypes, des kystes, des lipomes, des kystes dermoïdes, ou réciproquement, etc., parce que la notion exacte du molluscum n'est pas encore assez répandue.

On n'omettra pas de se rappeler que les *muqueuses*, voûte palatine, luette, pharynx, etc., ne sont pas exemptes du molluscum, et ces productions devront être régulièrement introduites dans l'analyse différentielle générale des tumeurs de ces régions.

Parmi les *notions étiologiques* à invoquer comme pouvant aider au diagnostic, il faut tenir compte de l'*hérédité*, de la *consanguinité*, des *races* (noire et asiatique) où le molluscum s'observe plus souvent.

C'est par l'*ensemble* des caractères, l'époque du début, la coïncidence d'autres nævi, ou d'autres molluscum, par les conditions d'hérédité, de race, de pays, etc., que le diagnostic devra être établi dans les cas difficiles; il restera toujours quelques faits ambigus pour lesquels la question ne pourra être tranchée que par l'examen anatomique.

Inutile de dire — Voy. T. Ier, *acné varioliforme* de Bazin, *molluscum contagieux de* Bateman — que le molluscum n'a aucun rapport avec la maladie contagieuse de Bateman, à aucun titre.

Enfin, il existe une série de tumeurs de la peau, telles que les *dermatomyomes*, sébacéoadénomes *neuromes, tumeurs ladriques*, etc., dont le diagnostic peut être fait directement, d'ordinaire, mais qui sont souvent encore confondues avec le molluscum par les médecins, pour qui ce terme constitue un moyen commode de dénommer les tumeurs de la peau dont la différenciation ne leur apparaît pas clairement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Ceci ne s'applique, est-il nécessaire de le dire, qu'aux seuls cas dans lesquels l'abondance extraordinaire des tumeurs, leur volume ou leur disposition (comme dans les cas de *dermatolyse géante* ou de *molluscum innombrable*) apportent matériellement un obstacle majeur au fonctionnement régulier de la vie.

Il faut ajouter que les molluscum, en raison de leur saillie, de leur mobilité, peuvent subir des traumatismes et devenir le siège de phlegmasies et de néoplasies diverses, ces dernières, d'ailleurs, évoluant avec une bénignité et une lenteur particulières. — Voy. E. CHAMBARD, Contr. à l'étude de la transform. cancéreuse des néoplasmes bénins de

En fait de thérapeutique, il n'y a rien d'autre à tenter que d'extirper, d'exciser, de faire tomber par la galvano-caustique ou la ligature élastique, en se conformant aux règles de la chirurgie générale, les tumeurs qui sont devenues trop gênantes par leur volume ou par le siège qu'elles occupent (1).

XANTHOME.

On donne le nom de xanthome, xanthélasma (Wilson), vitiligoidea (Addison et Gull), à des taches ou à des papules et à des nodosités dures, ayant la même coloration, siégeant le plus souvent sur les paupières, plus rarement dans les autres parties de la face et sur le corps, offrant une coloration jaune paille, citron ou soufre, ou d'un blanc jaunâtre, généralement bien limitées, plates et semblant être une simple altération de couleur de la peau.

Déjà décrites et dessinées en 1835 par Rayer, sous le nom de « plaques jaunâtres des paupières », ces taches ont été étudiées en détail pour la première fois en 1851 par Addison et Gull, qui leur ont donné le nom de *vitiligoïdea*, nom assez peu approprié, auquel plus tard Er. Wilson a substitué la dénomination plus caractéristique de xanthélasma ou xanthome (2).

---

la peau (1er fait, *Mollusc. pend. et carcinome réticulé*; 2e fait, *Mollusc. papillomateux et épithéliome carcinomateux*), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IV, 1883, p. 61; A. Lerefait, Contr. à l'étude des altér. morphol. des néopl. et not. du fibrome molluscum, *Thèse de Paris* 1885; M. Barry, Etude clin. s. le moll. pendulum, *Thèse de Paris* 1885.

L'éventualité de ces inflammations et de ces dégénérescences doit être mise à la connaissance des intéressés, surtout dans les cas où le volume, la situation, etc., des tumeurs, les exposent à des froissements, des traumatismes, etc. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il est extrêmement remarquable (et il est étonnant que cela ait été aussi peu remarqué) que les sujets atteints de molluscum de tout ordre, ainsi que de nævi de tout genre, *accoutumés* à la présence de ces tumeurs, réclament fort rarement leur destruction ou leur extirpation. La pusillanimité aidant, et aussi les préjugés populaires sur le danger de toucher à ce que « la nature » a fait, on voit des sujets qui, non seulement ne réclament pas l'extirpation de tumeurs pédiculées que le plus léger coup de ciseau pourrait enlever, mais refusent absolument ce service quand il est offert. On se rappellera que, même dans les cas compliqués, la chirurgie antiseptique permet aujourd'hui de venir au secours de tous les malades. E. B. — A. D.

(2) Voici la série complète des dénominations qui ont précédé l'adoption, aujourd'hui générale, du terme de xanthome :

a) *Plaques jaunâtres folliculeuses, plaques jaunâtres des paupières*,

Par la suite, il est vrai, l'attention des médecins a été appelée dans d'autres pays aussi sur ces tumeurs; cependant, originairement, les descriptions les plus intéressantes sur ce sujet ont été publiées en Angleterre, par Pavy, Fagge, Smith, Wilson, A.-W. Foot, bien qu'en

---

— P. Rayer, 1835, *Atlas du Traité des maladies de la peau*, Pl. VIII, fig. 16, et Pl. XXII, fig. 15. La figure 16 de la pl. VIII porte comme légende « *Plaques jaunes folliculeuses*, développées sur la paupière supérieure. L'épiderme détaché par la macération est renversé pour qu'elles soient mises à nu. De semblables plaques sont représentées pl. XXII, fig. 15, telles qu'on les voit pendant la vie. » La figure 15 de la planche XXII, très belle, a comme légende : « On observe quelquefois sur les paupières, et dans leur voisinage, des plaques jaunâtres, semblables pour leur couleur à la peau du chamois, légèrement saillantes, molles, sans chaleur ni rougeur, et quelquefois disposées d'une manière assez symétrique. » La table des matières du *Traité* de Rayer donne par erreur le n° 1 à la figure 16 de la pl. VIII, et indique à tort la figure de la planche XVI, laquelle est étiquetée : S. (syphilide). Papules en groupe.

b) *Vitiligoidea* — Addison et Gull, 1851, On a cert. alt. of the skin, Vitiligoidea, etc., *Guy's Hosp. Rep.*, 2e série, vol. VII, p. 265 — par comparaison, non pas avec le vitiligo de Celse, mais avec celui de Bateman (Pl. LX, fig. 2, classe IV de l'ordre VII de la classification de Willan, *Tubercules*), c'est-à-dire avec une maladie « caractérisée par l'apparition de *tubercules* blancs, lisses et luisants qui s'élèvent sur la peau, etc. ».

c) *Molluscum sebaceum*; *papulæ et laminæ flavæ epithelii cutis;* xanthelasma « ξανθος, yellow, ελασμα, lamina; a yellow lamina, commonly met with in the skin of the eyelids, xanthelasma palpebrarum, and presenting two varieties; x. papulosum and planum; the affection named by Addison and Gull, vitiligodiea » Erasmus Wilson, *On the Dis. of the skin*, six th. ed. London, 1867, Glossary, p. 917.

d) *Molluscum cholestérique*, — Bazin, 1869, pièces 123, 124, du Musée de l'hôpital Saint-Louis, étiquetées : Vitiligoidea, molluscum cholestérique; et xanthome à l'inventaire de revision de 1889 (obs. IV, *in* Larrady, Etude s. le Xanthel., *Thèse de Paris* 1877).

e) *Xanthoma* (*xanthome*) — W. Frank Smith, 1869, On xanthoma or vitiligoidea, *Journ. of cut. med.*, T. III, p. 241.

f) *Molluscum lipomatodes, fibroma lipomatodes*, — Virchow 1871, U. Xanth. mult. (molluscum lipomatodes), *Virchow's Arch.*, T. LII, p. 504, pl. VIII.

La dénomination de *xanthome*, régulière et correcte, supprimant le suffixe de Wilson qui limitait la lésion à la peau, ou à la forme plane, a clos la série des dénominations proposées; elle est justement et universellement adoptée. Ernest Besnier. — A. Doyon.

Allemagne, Hebra, Jany, Cohn, Waldeyer, Geisler, Virchow, Geber, Simon et moi-même, plus tard, en France, Ernest Besnier, Hillairet, Chambard, Brachet et Monard, Carry, en outre Herztka, Rocco de Lucca, Poensgen, de Vincentiis, Eichoff, Korach, Touton et beaucoup d'autres médecins, particulièrement des ophtalmologistes, aient aussi fait connaître un grand nombre de faits de ce genre (1).

D'après l'idée émise primitivement par Addison et Gull, on doit aujourd'hui encore distinguer deux formes de xanthome : 1° le X. plan, et 2° le X. tubéreux.

Le xanthome en taches, X. plan, forme de petites plaques cutanées, de la dimension de l'ongle, plus grandes ou plus petites, jaune paille, jaune citron ou couleur de feuilles fanées. Ces taches sont disposées d'une manière régulière, ou constituées par le groupement de petites plaques isolées, plates ou avec des bords un peu saillants. Sur ces points, la peau est complètement unie, souple, non squameuse, non prurigineuse, rarement il y a une légère cuisson ou douleur; si on les presse entre les doigts, on n'a pas la sensation d'un corps étranger quelconque qui se trouverait dans la peau; les plis sont les mêmes que sur le tégument normal. On observe habituellement les taches sur les paupières, sur une seule paupière ou sur toutes les deux à la fois; le plus souvent, elles sont sensiblement symétriques et rapprochées de l'angle interne de l'œil; plus rarement, elles existent sur les parties limitrophes des joues, et plus exceptionnellement encore sur la peau du nez, de la conque de l'oreille et sur les parties latérales des joues, du cou et de la nuque. On a même constaté leur présence sur la muqueuse de la bouche, du voile du palais, des joues et sur les gencives (2).

Xanthome papuliforme et tubéreux (X. tubéreux, X. en tumeur,

---

(1) La bibliographie du xanthome est très chargée; nous donnerons chemin faisant (et nous avons déjà donné) les principales indications, selon notre habitude, à l'occasion des faits importants. — Consultez, à titre complémentaire, les bibliographies des excellents articles *Xanthelasma* de P. Bruchet, *Nouveau Dict. de Méd.*, Paris 1866 et *Xanthome* de Henri Feulard et Louis Wickham, *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1889. E. B. — A. D.

(2) Toutes les *muqueuses* peuvent être atteintes; mais surtout celles des voies digestives, y compris la muqueuse angiocholique; Wickham, Legg et Chambard ont montré le xanthome laryngo-bronchique ; il en est de même des *séreuses :* péritoine viscéral, endocarde auriculaire, tunique interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire (Hilton Fagge); de la *cornée* (v. Gräfe, Virchow); des *cavités kystiques* (Malassez et de Sinéty); etc. Voyez pour complément Chambard, *Ann. de dermatologie*, etc., 1re série, t. X, 1879, pp. 370 et suiv. et les *notes* (*Note de la* 1re *édition*). E. B. — A. D.

E. Besnier; Chambard le distingue en X. tuberculeux et tubéreux). Ce xanthome se présente sous forme de papules semblables à des grains de mil, à du milium ou du froment, blanches ou blanc jaunâtre, isolées ou réunies, soit en raies (xanthome strié, G.-H. Fox), soit en plaques. Il se manifeste encore sous forme de nodosités allongées, arrondies, volumineuses, atteignant jusqu'à la grosseur d'un pois, d'une noisette, d'une noix, dépassant à peine le niveau de la peau, ou proéminentes de quelques millimètres, recouvertes à leur surface d'un épiderme lisse. Ces nodosités sont blanc jaunâtre, ou à leur base le plus souvent rouge. Elles sont enchâssées pour ainsi dire dans le derme et offrent une consistance à peine supérieure à celle des parties normales, tandis que les nodosités plus volumineuses présentent une très grande dureté, semblable à celle des fibromes, et sont assez douloureuses à la pression.

Elles se montrent rarement aux paupières, plus souvent sur les joues, mais surtout sur les articulations du côté de l'extension et de la flexion, sur les doigts, les orteils, les coudes, les genoux, la paume des mains et la plante des pieds, et même sur le cuir chevelu et le pénis; sur le tronc, le bas-ventre, sur les membres, au-dessus des tendons des muscles; on les trouve également sur les parties de la muqueuse précédemment indiquées, de la cavité bucco-pharyngienne, de la trachée et des grosses bronches (Pye Smith, Wickham, Legg, Chambard), ainsi que sur les grandes et les petites lèvres et sur la muqueuse vaginale (1).

Les deux formes de xanthome, plan et tubéreux, doivent être considérées comme des productions analogues, car on les trouve souvent réunies sur le même individu. Le xanthome se présente çà et là sous forme de taches dont les bords se recouvrent de tubérosités. Autant qu'on a pu voir jusqu'ici, le xanthome ne se transforme pas, mais il persiste sans modifications ultérieures; c'est tout au plus si des nodosités isolées s'aplatissent ou disparaissent complètement. Le X. tubéreux de la peau se complique le plus souvent de dépôts indurés de ce genre dans les gaines tendineuses et les tendons, spécialement des doigts et des orteils et dans les fibres articulaires et les ligaments. Il est évident que la forme tubéreuse est plus gênante que la forme plane.

---

(1) Les nodosités xanthomatiques peuvent être *systématisées*, zostériformes — cas de W.-A. Hardaway, *infr. cit.*, note, p. 326 — disposés sur un *nævus* — H. Köbner, Xanth. mult. entwickelt aus Nævis vasculoso-pigmentosis nebst Anhang : Xanth. mult. plan., tuber., et mollusc. ; ein Beitrag. z. Entstehung des Xanth., Viertelj. *f. Dermat. u. Syph.*, 1888, Taf. V. u. Sonder Abdruck. E. B. — A. D.

Tandis que la forme tubéreuse a été observée assez fréquemment en Angleterre, où nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas intéressants au Congrès de 1882, et de même en France jusqu'à ces derniers temps, on ne l'a rencontrée ailleurs qu'isolément et nous n'avons reçu à notre clinique qu'en 1882, un cas de X. tubéreux et plan généralisé, compliqué d'hépatite et d'ictère (cas qui a été publié par le Dr Hertzka et examiné par Babesiu). Depuis cette époque, j'ai vu trois fois aux coudes et aux genoux du xanthome tubéreux circonscrit chez des femmes de ce pays, et un quatrième cas de xanthome généralisé chez une femme âgée d'environ quarante ans et qui est encore en observation. Le nombre et la grosseur des nodosités et son expansion générale, même sur la muqueuse vaginale, ces caractères joints à de l'ictère existant depuis plusieurs années, font de ce cas un des plus remarquables que l'on puisse voir (1).

---

(1) Dans la première édition de cette traduction, t. II, p. 215, note 1, 1880, nous avons divisé le xanthome en *trois* formes ou variétés : *a*) *Xanthome plan* ou *en plaques; b*) *xanthome élevé, papuleux, papulo-tuberculeux* et *tuberculeux* — division et termes qui ont été attribués, à tort, à d'autres auteurs ; — *c*) *xanthome en tumeurs* (nous maintenons ce dernier terme auquel on a voulu substituer le mot de tuberculeux; c'est à dessein que nous avons spécifié « *en tumeurs* », que ne remplacent pas les mots de tubéreux ni de tuberculeux.

Voici les raisons que nous avons données pour établir cette dernière forme :

« 3° *Xanthome en tumeurs*. C'est une forme plus chirurgicale que médicale ; le xanthome revêt ses caractères morphologiques et histologiques, mais il est généralisé, symétrique, avec ou sans xanthochromie, sans lésions viscérales dans les observations connues ; elle est, sous ce rapport, aussi bénigne que les plaques de Rayer. De plus, ce ne sont plus seulement de gros tubercules que l'on observe, mais, succédant aux plaques ou aux tubercules initiaux, de *grosses tumeurs*, isolées ou cohérentes, sessiles ou pédiculées, atteignant le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule, etc.

Quant au siège d'élection, il est absolument xanthomatique, c'est-à-dire qu'il occupe les sommets, coudes, genoux, et les points soumis à des pressions.

Ces tumeurs sont non seulement dermiques, mais hypodermiques, sous-cutanées, péritendineuses et périostiques.

Leur début remonte à la vie intra-utérine, aux premiers mois ou aux premières années de la vie.

Dans l'observation de Carry (la première qui puisse servir à instituer l'espèce) — Voy. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1880, pp. 75 et suiv. — le sujet a dix ans et demi, et l'affection est peut-être congénitale. Dans une deuxième observation des plus remarquables (qui nous a été personnellement communiquée par le docteur Brachet, médecin distingué d'Aix, en Savoie, et dont nous donnerons dans les *Annales de dermatologie* la relation, les dessins et l'histologie), il s'agit d'un sujet de vingt-quatre ans, chez qui l'affection aurait débuté, vers l'âge de dix ans, par les coudes et par les genoux. » Ernest Besnier. — A. Doyon.

Anatomiquement, les formes tachetées et tubéreuses du xanthome sont constituées, d'après les recherches de Pavy, avec lesquelles concordent celles de Fagge, Murchison, Smith, Waldeyer, Virchow, et, dans ce qu'il y a d'essentiel, aussi avec les observateurs des dernières années et les miennes, par une néoformation de tissu connectif avec dépôt de graisse, et dégénérescence graisseuse. Hebra autrefois, et plus tard Geber et Simon, les avaient considérées comme une hypertrophie des glandes sébacées, les croyaient par conséquent identiques avec le milium et pensaient qu'il faut en distinguer deux formes : l'une, de nature connective, serait le fibrome lipomatode; l'autre, due à une dégénérescence glandulaire, serait le vitiligoidea (1).

On a confondu quelquefois le xanthome avec les granulations du milium, qui, réunies en amas cohérents, peuvent présenter l'apparence du xanthome. A notre consultation gratuite, nous avons observé, en 1878, un cas de cette nature chez une jeune fille qui présentait des granulations de milium, réunies sous forme de plaques ovales, allongées, s'étendant de l'angle interne de l'œil gauche sur la paupière inférieure, la joue, jusqu'à l'angle de la mâchoire. Mais après une simple incision de leur enveloppe, on pouvait exprimer le contenu. Dans le xanthome, cela est impossible. Si on incise ce dernier, la surface de section présente une coloration plus ou moins uniformément jaune; mais à part un peu de sang et de sérum, on n'en peut exprimer rien qui ressemble à de la graisse ou à des cellules graisseuses; c'est le tissu lui-même qui est stéatosé et par conséquent jaune.

Ces rapports indiquent aussi le diagnostic différentiel entre le milium et le xanthome.

---

(1) Ces considérations sont périmées.

L'anatomie du xanthome reste dans la période d'étude et d'évolution; aucune conclusion ferme ne peut encore être posée; et il convient d'être sobre de développements.

Le processus irritatif, les lésions cellulaires, sont identiques dans toutes les formes et variétés ; le *degré* de l'altération conjonctive seul varie, de l'atrophie à l'hypergenèse et à la sclérose, constituant avec les conditions de localisation anatomique, les néoformations diverses que représentent les taches, les plaques, les papules, les tubercules, les variétés mixtes, les tumeurs. Dans les plaques anciennes de xanthome plan, l'élément irritatif manque, ou a cessé ; il existe toujours dans le xanthome papuleux ou tuberculeux ; il est probable qu'il existe dans les plaques récentes de xanthome plan — Darier.

Quant à l'agent irritant *réel*, qui produit ces dystrophies, il reste inapprécié ; mais on peut être assuré qu'il ne s'agit pas ici d'un processus banal. Ernest Besnier. — A. Doyon.

L'auteur qui a le plus récemment étudié le xanthome, Touton (1), trouva entr'autres deux cas qui cliniquement en avaient imposé comme xanthome et qui, à une étude attentive, furent reconnus comme des tumeurs épithélioïdes des glandes sébacées.

Des recherches récentes ont révélé bien des points intéressants quant aux détails histologiques, ce qui occasionna de nouveau diverses interprétations relativement à la nature anatomique de la tumeur xanthomateuse et à la cause de cette affection. Ainsi la constatation de cellules correspondant à de gros corpuscules tuméfiés de tissu conjonctif, cellules qui paraissent remplies de graisse, et qui ont été décrites par de Vincentiis et Touton, et par le premier de ces auteurs comme cellules xanthomateuses, mérite une attention toute particulière. Ces deux auteurs regardent ces cellules comme un élément essentiel du xanthome. Je considère toujours le néoplasme conjonctif comme l'élément constituant essentiel de cette formation pathologique et le dépôt de graisse dans les cellules et entre les fibrilles, avec conservation de la vitalité des éléments, comme le caractère ultérieur de ce même processus, ce qui fait du néoplasme un xanthome. La coloration jaune du xanthome plan comme du xanthome tubéreux ne provient que du dépôt de graisse (2). Ce dépôt de graisse peut être en proportion plus considérable dans quelques parties, dans d'autres il survient en outre un dépôt de cellules rondes et fusiformes (Touton) et dans les nodosités plus grosses et plus anciennes le tissu conjonctif devient abondant et résistant (Balzer). Par conséquent, les comparaisons faites par différents auteurs du xanthome avec des lipomes (fibrome lipomatode), avec du sarcome (xantho-sarcome, Touton), avec des fibromes, ne justifient pas la création de tant de formes spéciales de xanthome (3).

---

(1) Karl Touton, Ueber das Xanthom, insbesondere dessen Histologie, und Histiogenese, *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.* 1885, p. 3, Taf. I, II. E. B. — A. D.

(2) On ne doit pas omettre de tenir compte de la matière colorante xanthomateuse — Voy. plus bas, note 1, p. 324 — et du pigment épidermique et cellulaire signalé par Gallemaerts et Bayet, *loc. infr. cit.* E. B. — A. D.

(3) Tel est aussi notre avis, à titre général. L'anatomie du xanthome n'est pas assez avancée pour que rien de définitif puisse être proposé, et que l'on puisse en faire une synthèse de quelque utilité. On peut dire seulement que ce que nous appelons aujourd'hui xanthome comporte plusieurs types anatomiques. L'élément le plus général qu'on puisse leur accorder à tous est la *cellule xanthélasmique* de Chambard, cellule contenant des granulations « graisseuses » *et non* élastiques. Très

On ne sait rien de bien certain sur les causes de ces productions pathologiques si remarquables. On a essayé souvent de les rapporter à une affection hépatique, et cela parce que dans plus de la moitié des cas, on a constaté l'existence d'un ictère, soit avant, soit dans le cours de la maladie. Ainsi dans les 27 cas que j'ai rassemblés, l'ictère s'est présenté 15 fois. Toutefois, ni la constitution anatomique du xanthome, ni les recherches de Fagge et de Murchison, n'ont pu établir un rapport entre l'ictère et le xanthome; et du reste, dans un grand nombre de cas, il n'existait pas d'ictère.

Car la fréquence relativement considérable de l'ictère dans le xanthome, qui parfois même précède ce dernier, ne doit pas être considérée comme une simple coïncidence accidentelle. Il me semble beaucoup plus vraisemblable, notamment en ce qui concerne la description de Murchison, que le même processus de production de nodosités peut aussi atteindre le foie et par conséquent occasionner de l'ictère.

Mais contester l'ictère là où il existe et rapporter la teinte jaune générale de la peau à la seule coloration du réseau inférieur et créer pour cela une xanthodermie, comme Carry le demande, n'est nullement fondé (1).

Mais d'autres points de repère manquent aussi pour établir l'étiologie de cette énigmatique maladie. Eichhoff a observé de la xanthodermie

---

abondante dans le type vulgaire, et peut-être dans quelques autres, la cellule xanthélasmique est rare dans d'autres : dans le type de Balzer, par exemple, où l'altération des fibres élastiques est, au contraire, prédominante, la cellule xanthélasmique est rare, et difficile à découvrir. Darier insiste sur l'importance qu'il y a, dans les préparations, à employer l'*acide osmique* comme réactif fixateur, parce que seul, il peut la mettre en évidence et la démontrer. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'altération cellulaire des éléments du xanthome est d'une *nature spéciale*, et non une dégénération graisseuse *vulgaire;* mais Gallemaerts et Bayet, dans leur très intéressant mémoire — *loc. infr. cit.*, — ne sont peu fondés, d'après leurs préparations, à nier la nature graisseuse de cette dégénérescence, car ils n'ont soumis leurs coupes à l'action de l'acide osmique qu'après les avoir complètement dégraissées par l'alcool, l'éther et les essences — Darier.

Il existe encore une série d'autres altérations anatomiques intéressantes, mais aucune d'elles n'a la valeur de la cellule xanthélasmique. — Voy. plus loin la *note des traducteurs*, pp. 334 et suiv.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Nous comprendrions l'opposition faite ici par le professeur Kaposi, non pas seulement à ce que « demande » Carry, mais à ce qu'il a établi, et à ce que nous avons démontré nous-même — voy. 1re *édit.* de cette *traduction*, note 2, p. 217, — s'il prouvait que nos observations et nos analyses chimiques sont inexactes, et s'il établissait, lui-même, que sur tous les xanthomateux qu'il a observés *en état de peau jaune générale*, il a

chez un enfant de deux mois dont le bisaïeul avait été atteint de la même maladie, et Church fait également allusion à l'hérédité de la pré-

---

toujours trouvé dans les urines et sur les muqueuses la *preuve* que la coloration tinctoriale de la peau était *ictérique* véritablement.

Voici textuellement ce que nous avons écrit en 1880 dans la note sus-indiquée :

« Il peut y avoir du xanthome sans ictère ; il peut y avoir du xanthome avec coloration xanthomatique (non ictérique); il peut enfin y avoir du xanthome avec ou sans xanthochromie, *compliqué* d'ictère. L'un de nous a soumis récemment à une étude approfondie sur ce point le malade dont les lésions sont représentées dans le musée de l'hôpital Saint-Louis par les pièces 654, 655, 656. La peau était jaune (non les conjonctives, ni les muqueuses), d'un jaune verdâtre, immobile pendant des mois. Aucune lésion hépatique. Les urines, examinées par nous un grand nombre de fois, et pour contrôle par l'éminent pharmacien en chef de l'hôpital, le professeur Lutz, n'ont jamais contenu de matière colorante biliaire ; les selles sont toujours restées normales.

Chez la jeune malade du service du professeur Gailleton, à l'Antiquaille, dont l'observation est rapportée par Carry, les résultats sont identiques, et l'auteur déclare que la coloration de la peau des malades est de la « xanthodermie », non de l'ictère. « La coloration générale de la peau, dit-il, est d'un jaune d'ocre, plus marquée sur le visage et sur le tronc que sur les membres, mais il n'y a pas d'ictère. Les professeurs Gailleton et Pierret l'ont minutieusement examinée à ce point de vue ; ils ont reconnu une pigmentation brune du tégument plus accusée qu'à l'état normal, mais pas de coloration biliaire ni sur la peau ni surtout sur la conjonctive bulbaire et la muqueuse buccale. Le foie est absolument normal, ainsi que la rate. L'urine a été examinée à plusieurs reprises, soit à l'Antiquaille, soit au laboratoire de M. Cazeneuve, et jamais on n'y a trouvé la moindre trace de matière colorante biliaire. » (Carry, *loc. cit.*, p. 78.)

D'après les analyses de M. Dastre, cette matière colorante jaune des tumeurs xanthélasmiques serait analogue à la *lutéine* qui se trouve dans le jaune de l'œuf et dans le sang, *in* Carry, *loc. cit.*, p. 79 et 80.

Voilà donc un point bien éclairci, sinon définitivement précisé ; il faut distinguer, parmi les chromodermies, la xanthodermie ; et la coloration jaune des xanthomateux (que nous proposons de dénommer xanthochromie) n'est pas de l'ictère.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous disions il y a dix ans, si ce n'est que nous avons réitéré ces constatations et que nous avons pu, de nouveau, *disjoindre* la xanthodermie de l'ictérodermie chez un même sujet.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans entrée dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, n° 8, le 2 mai 1882.

Au mois d'août 1881, cette femme a été prise de coliques hépatiques très violentes avec ictère qui se sont prolongées jusqu'au 16 décembre, jour auquel elle entra dans le service du professeur Brouardel, où elle resta jusqu'au 16 février 1882, en proie à des séries de « coliques hépatiques » intenses qui cessèrent au 1er février, en même temps que l'ictère s'effaçait.

Mais, en *même temps* que la peau conservait une teinte jaune paille particulière, apparaissait, plus marquée en quelques points, une série de lésions

disposition (1). Chambard, qui a étudié le plus à fond cette maladie, est d'avis que les néoplasmes xanthomateux sont sous l'influence

---

distinctes : plaques jaunes palpébrales diffuses blanc jaunâtre chamois, avec saillie manifeste et plicatures exagérées ; aux mains, tous les plis de flexion des mains et des poignets, ainsi que les espaces interdigitaux, sont occupés par des infiltrats jaunâtres linéaires, typiques ; sur le dos des doigts et de la main, rares nodules de même couleur ; aux sommets des coudes, nodules saillants disposés irrégulièrement. Enfin, en un grand nombre de points du tronc, xanthomatose maculeuse sous forme de petites taches sans saillie appréciable, disséminées sans ordre et partout discrètes ; *sur l'abdomen, les vergetures de grossesse sont restées intactes.*

Conjonctives normales ; taches xanthomateuses disséminées à la face interne des joues, très abondantes sur le bord libre des lèvres et au niveau des commissures.

Presque rien aux membres inférieurs, groupes frustes aux régions rotuliennes.

Foie déformé, surtout dans la partie moyenne. — Rate doublée de volume.

Traitée par la térébenthine à haute dose, la malade n'a plus, dans les mois suivants, que de rares crises d'hépatalgie, *au moment desquelles apparaît un peu de pigment biliaire dans l'urine et de coloration jaune des conjonctives ;* mais, en dehors des crises, et *bien que le xanthome cutané continue de se multiplier et de progresser sous nos yeux pendant les mois suivants*, les garde-robes restent colorées, l'urine rendue en quantité moyenne de 1,200 grammes par vingt-quatre heures, n'est pas ictérique, et ne contient pas de sucre ; le prurit intense qui existait préalablement s'est éteint.

Le 17 juillet, la malade ne souffrant plus, n'ayant plus de crises, réclama sa sortie, mais continua l'usage de la térébenthine, et revint jusqu'à la fin de l'année 1883 se soumettre à l'observation. A cette date, il n'y a plus d'hépatalgie ; la santé était parfaite, la coloration xanthomateuse générale persistait atténuée, mais très reconnaissable ; les plaques, papules saillantes, les infiltrations linéaires des mains avaient disparu. Aucune récidive ne s'était faite au niveau des cicatrices biopsiques. Les plaques palpébrales persistaient sous forme de *taches* jaunâtres sans saillie.

Il a donc été possible chez cette malade, atteinte de xanthome typique, de constater l'*ictère* quand il existait ; mais il n'y avait pas eu d'hépatalgie depuis plusieurs mois que la xanthodermie persistait sans rétention biliaire, ni ictéritie vraie.

De ce que nous n'avons jamais pu constater dans ses garde-robes de traces de calculs biliaires, nous ne nierons pas chez cette malade l'existence d'une lithiase hépatique, « mais nous ne croyons en aucune manière cette lithiase nécessaire, nous bornant à cette constatation, sans ouvrir ici, où ce n'est pas le lieu, le chapitre de l'hépatalgie xanthomateuse, généralement confondue avec la lithiase biliaire. Nous avons simplement voulu montrer que cette question, qui n'est pas au-dessus de l'analyse clinique, mérite d'être remise à l'étude par des observations nouvelles, mais que nul n'était autorisé à déclarer qu'elle était « sans fondement ». ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La question de l'*hérédité du xanthome* est posée, non seulement à

d'une diathèse spéciale, la xanthomatose, c'est-à-dire qu'il existe une tendance à la formation de tumeurs de ce genre avec prédisposition au dépôt de graisse(1). La cause occasionnelle pourrait se trouver dans des affections hépatiques, dans lesquelles, d'après Potain (2) et Quinquand (3), beaucoup de graisse circulerait non brûlée dans le sang, mais naîtrait de même par suite de la présence du sucre dans le sang. Dans un petit nombre de cas, on en a effet trouvé du xanthome chez des diabétiques (Addison et Gull, Bristowe, Gendre (4) Hillairet (5), M. Morris (6). Cette opinion ne me paraît pas sans fondement et mérite

---

titre direct, mais encore à titre indirect, le xanthome, d'après notre observation apparaissant dans la *série morbide* qui contient la goutte, la glycosurie, l'obésité. Nous avons montré, dans nos conférences à l'hôpital Saint-Louis, un sujet ayant un xanthome disséminé, du type objectif du xanthome sucré, chez un jeune sujet obèse qui n'avait pas de sucre urinaire au moment où nous l'avons examiné, mais dont le père, qui n'avait pas de xanthome, était glycosurique avancé.

Dans un mémoire très important, Lehzen et Knauss, *Ueber Xanthoma multiplex planum, tuberosum, mollusciforme* (*Virchow's Archiv.*, 1889, T. 116, n° 1), rapportent un cas dans lequel la maladie existait chez deux sœurs dont les parents et les grands-parents étaient sains.

La première observation est relative à une petite fille de onze ans; immédiatement après sa naissance, elle a eu pendant un certain temps la jaunisse. Vers l'âge de quatre ans, on vit apparaître d'abord des plaques jaunes peu élevées sur les paupières des deux côtés ; environ un an plus tard, des plaques analogues, un peu plus saillantes, sur les genoux. Ces plaques augmentèrent de volume et se multiplièrent d'une manière constante. A peu près en même temps, il se développa des élevures sur les mains, tandis que plus tard les coudes, et enfin la région fessière et le talon du côté gauche, furent envahis de la même façon. Le droit était resté indemne jusqu'à il y a un an, la tumeur qui y est survenue alors a atteint en trois mois son volume actuel qui est assez considérable.

Chez la sœur, âgée de neuf ans, il s'est, d'après la mère, manifesté depuis longtemps des plaques et des nodosités tout à fait analogues et qui, pour la plupart, occupent les mêmes régions que chez la sœur aînée.

On trouve l'hérédité encore mentionnée chez le sujet de l'observation II du mémoire de H. Köbner — *loc. sup. cit.*, p. 320 (xanthome multiple, plan, mollusciforme, pendulum) — dont le père avait eu un xanthome palpébral. Hérédité également très remarquable (et association à la goutte) dans le cas de Jonathan Hutchinson — Xanth. and gout with fusiform enlarg. of many tend., *Clin. Soc. of Lond.*, 1889 : Anal. franç., par L. Brocq, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. X, 1889, p. 1011 (5) — atteignant la grand'mère, le père et le fils.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) (2) (3) (4) (5) (6). Assurément les théories cliniques sont d'un

d'être étudiée ultérieurement, en tant qu'il s'agit du xanthome tubéreux généralisé. Il est en général admis que le xanthome plan des paupières est toujours une simple lésion locale.

---

grand secours pour beaucoup de choses en médecine générale, et même en dermatologie ; toutefois c'est à notre sens s'égarer que de donner au chimisme proprement dit une importance absolue. Toutes les toxémies dont il est ici question : cholémies diverses, stéatémies, glycémies, etc., etc., peuvent exister sans produire les lésions cutanées dont on les charge, et en particulier sans donner lieu au xanthome, lequel peut exister sans elles. Elles favorisent, vraisemblablement, l'élément inconnu auquel est dû la xanthomatose, mais elles ne la créent pas. En tout cas, nous considérons comme prématurées toutes les conceptions jusqu'à présent formulées ; c'est d'une autre source, probablement, que viendra la lumière. Il est utile, pour le progrès de la question, et il est légitime à l'égard de ceux qui ont produit ces théories diverses, d'enregistrer les travaux, et de conserver les noms; mais au point de vue de la réalité élémentaire, il est clair que le xanthome, en dépit de tout cela, demeure, comme le dit l'auteur, une maladie « énigmatique ».

Voici l'indication des principaux travaux français sur ce point particulier :

Potain, du Xanthoma, *Gaz. des Hôp.*, 1877, p. 937, et Cirrhose hypertroph., *eod. loc.*, 1880, p. 849 ; Quinquaud, Rech. hémat., chim., et dermochim. s. le X., *Soc. clin.*, 1878, p. 259. ; J. Straus, 1878, Des ictères chron., *Thèse d'agrégation ;* Hillairet, 1878, Du xanth. génér., *Soc. clin.*, 1878, et *Bull. de l'Acad. de méd.*; E. Chambard, 1878, Rech. h. sur le X. plan. et tuberc., *Soc. anat.* ; Du X. et de la diathèse xanthel., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, t. X, p. 5, 241, 363 ; Sur un cas de X. génér., *Soc. clin.*, 1878 et *France méd.*, 1879 ; Gendre, Etude clin. et hist. s. le X., *Thèse de Paris*, 1879; Carry, Deux obs. de X., *Lyon méd.*, 1879, p. 225, et Contr. à l'ét. du X., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. I, 1880, p. 64 et *Notes de la trad. franç. de Kaposi*, 1re édit., Paris, 1880, t. II, p. 217 ; F. Balzer, Rech. sur la dégén. gran. graiss., etc. ; parasite du X., etc., *Rev. de méd.*, Paris, 1882 ; Chambard, Rev. génér. sur les derm., Rech. anat. et clin. s. le X., *Annal. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1882, p. 551 ; Du X. temporaire des diabétiques et de la signif. nosol. du X., Rev. crit., *eod. loc.*, 1884, 2e série, t. V, p. 348, 396; F. Duroselle, Étude sur le X., *Thèse de Paris*, 1885 ; F. Balzer, Rech. sur le caract. anat. du X., *Arch. de physiol.*, 1886, anal. par Chambard, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. VII, 1886, p. 436. A. Chauffard, X. dissém. et symétrique, sans insuffisance hépatique, (Cf. Balzer, Gérin-Roze, Juhel-Rénoy, Rendu, Merklen, *in Bull. de la Soc. des hôp.*, 3e série, t. V, 1889, p. 412 et suiv. ; Gallemaerts et Bayet, Contr. à l'étude histologique du xanthome, *Mémoires de la Société belge de microscopie*, 1889, et tirage à part, in-8° avec photogravures.

Quant au « *xanthome des diabétiques* », il mérite plus qu'une simple mention et il est si peu connu dans ce pays que nous avons le devoir de donner au lecteur les éclaircissements indispensables.

Du xanthome dans ses rapports avec la glycosurie

Le xanthome affecte, avec la glycosurie, des rapports qui sont encore

Suite de la note des Traducteurs.

contestés, mais dont la réalité est indéniable ; ces rapports sont plus étroits et plus directs que les divers auteurs qui se sont occupés de cette question ne l'ont supposé.

Voici d'abord les *faits* relatifs au « xanthome intermittent ou temporaire des diabétiques », que nous appelons *xanthome transitoire, rémittent ou intermittent des glycosuriques*, ou xanthome glycosurique.

Le mémoire de Addison et Gull — 1851, *loc. sup. cit.* — contient une observation — John Shériff, 27 ans, tailleur — de *xanthome transitoire* au cours d'une glycosurie commune.

Une seconde (il s'agit encore d'un tailleur) — T. H., quarante-trois ans — également chez un diabétique, appartient à Bristowe — Keloid of a rare form, *Pathol. Transact.*, Vol. 17, 1866 ; Bristowe a déclaré plus tard (mémoire de Malcolm Morris, *infr. cit.*) que ce cas était bien « a variety of xanthoma associated with diabetes, and not a form of Keloid ».

La troisième a été rapportée par Hillairet, — *Thèse de Gendre, loc. sup. cit.*, 1880 — Femme de 38 ans, glycosurique, — mais il n'est pas question d'état transitoire de l'éruption.

La quatrième observation a été donnée par Malcolm Morris dans un remarquable, sobre, et judicieux travail : A case of so-called xanthoma tuberosum, *Transact. of the pathol. Soc. of London* 1883, Plate XX, fig. 1, 2. — Homme de quarante-huit ans, T. S., maître maçon.

Un cinquième fait, bien intéressant, a été rapporté verbalement à Chambard par Hillairet : Une femme rhumatisante et glycosurique voyait son état général s'améliorer, et l'éruption xanthomique généralisée dont elle était atteinte s'effacer d'une manière presque complète, lorsqu'elle renonçait, pour un certain temps, aux soupers nocturnes et aux vins généreux. Aubert (de Lyon) a signalé à Chambard un fait analogue dans sa pratique personnelle.

Un cas de W. A. Hardaway — A case of multiple xanthoma exhib. the plane, tuberc., and tuberose varieties of the disease, with remarks, *The Saint-Louis, Courier of medic.*, oct. 1884 — relatif à un cuisinier allemand de quarante-quatre ans, peut être intitulé: Xanthome chez un glycosurique, ou xanthome avec glycosurie, mais n'a pas trait à la forme transitoire. Mais il est probable que l'on peut réclamer une observation et peut-être deux de Thomas Barlow — Case of diabetes mellitus, in which skin lesions consisting or broad papilles and tubercles (? Lichen diabeticus) occurred, resembling those described as xanthoma diabeticorum, but without pigmentation, *The Brit. Journ. of Dermat.*, Vol. I, p. 3, 1888 — celle du « gentleman » de vingt-six ans, glycosurique cachectique, et celle, rétrospective, de l'homme d'âge moyen, glycosurique et phthisique.

On y peut ajouter deux cas (non publiés) montrés à la Société dermatologique de Londres par Cavafy et par Colcott Fox — Voy. Radcliffe Crocker, *Dis. of. the skin*, 1888, p. 384. Le premier de ces cas a été ultérieurement publié — Voy. John Cavafy, a case of so-called « xanthoma diabeticorum », *The brit. Jorn. of Dermat.*, vol. I, 1889, p. 76 —Joseph A., employé des postes, âgé de quarante-cinq ans —; malgré les

Suite de la note des Traducteurs.

hésitations de l'auteur, nous considérons son observation comme un cas de xanthome *rémittent* de la glycosurie.

Le 7 mars 1889, nous avons présenté, nous-même, à la réunion des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, un malade qui peut être considéré comme le type du genre.

Homme de quarante-deux ans, maître boucher, obèse, hyperidrosique, à haleine acétonique, ayant, dans ses antécédents personnels, une pleurésie, une « colique hépatique », et divers accidents de froid.

Père vivant, mère morte (de la poitrine) vers vingt-huit ans. Une sœur maternelle morte jeune. Les frères d'un autre lit (paternel) sont bien portants et vivants.

Le malade, à l'âge de trente ans, avait dix enfants; quatre sont vivants, bien portants, non obèses. Ceux qui sont morts ont succombé en nourrice. Le malade n'a jamais eu la syphilis.

Il y a six ans, à la suite d'une rectite hémorrhoïdaire et d'un traitement par un sirop conseillé par un empirique, première apparition de l'éruption sur les mains, poignets et faces palmaires.

A ce moment, le malade ne sait pas s'il était antérieurement ou non glycosurique. Cependant il avait de la soif, et le premier examen fait par le médecin a démontré l'existence d'une glycosurie intense (72/1000), ce qui veut dire que la glycosurie remontait à une époque déjà éloignée. Depuis ce temps, la glycosurie a continué avec des alternatives, malgré le régime, et les dernières analyses donnaient encore 78/1000.

Durant ces cinq années, voici ce qui se passe pour l'éruption : d'habitude l'éruption débute vers le mois de juillet, continue en progressant, puis diminue d'une manière également progressive jusque vers le mois de novembre, où elle finit sans laisser aucune trace.

Cette année, l'éruption, qui a commencé au mois de juillet de l'année précédente (1888), a bien cessé au mois de novembre, mais incomplètement, et elle a immédiatement réapparu. Elle a pris une marche simultanément ascendante et descendante, c'est-à-dire que quelques éléments apparaissaient, pendant que d'autres disparaissaient.

Pendant le même temps, les forces du malade ont décliné sensiblement, bien qu'il ne soit pas et qu'il n'ait jamais été impuissant, sans qu'il se soit fait d'amaigrissement proportionnel.

État actuel. — Embonpoint encore très prononcé. Vigueur musculaire, teint coloré du visage, aucune trace d'amaigrissement, même partiel.

Éruption généralisée symétrique de xanthome papuleux jaune rougeâtre, dont beaucoup d'éléments sont composites, et quelques-uns ponctués ayant pour lieux d'élection le sommet des coudes où elle forme des agglomérats, confluents au sommet, discrets à la périphérie. De ces deux points, l'éruption s'étend vers la région du cubitus, sur le dos des poignets, irrégulièrement à la face antérieure du bras et de l'avant-bras. Quelques rares éléments à la nuque, et un dernier petit groupe en arrière des aisselles.

Sur le tronc, sur l'abdomen, rien. Sous les aisselles, taches d'érythrasma. Sur le visage, les conjonctives, la muqueuse buccale, le cuir chevelu, rien. A la paume des mains, quelques rares éléments semblables à ceux du corps, mais respectant complètement les plis.

Membres inférieurs. — Deux immenses plaques d'érythrasma dans les plis inguino-scrotaux, pas de balanite glycosurique; bouquet cohérent au niveau

Suite de la note des Traducteurs.

des genoux; réapparition en haut des cuisses, à la région lombaire, à la région fessière, au niveau des plis fessiers; quelques éléments discrets dans les creux poplités.

Rien aux organes génitaux.

Sur le dos des pieds, quelques très rares et très petits éléments; on n'en trouve que deux ou trois à la plante des pieds.

Les phénomènes subjectifs sont les suivants : brûlure, pas de prurit, sensibilité (tenderness), particulièrement aux extrémités; phénomènes douloureux multiples.

Ce dont le malade se plaint le plus, ce sont des douleurs de toute espèce, le plus souvent nocturnes, du type des secousses électriques, très souvent fonctionnelles, et très irrégulières dans leur évolution.

Dès le mois de mai 1890, l'éruption saisonnière se reproduit aux mêmes points avec des caractères xanthomateux des plus nets.

En 1889, Robinson présenta à la Société dermatologique de New-York — *Journ. of cut. and gen. ur. dis. Vol.* VII, p. 219, *Xanthoma diabeticorum* — un mécanicien de trente et un ans, atteint de xanthome papuleux en coïncidence avec une glycosurie intense, vigoureux et n'ayant pas de trouble apparent de la santé. L'éruption ne datait que de trois mois, on ne sait encore si la xanthomatose sera temporaire ou persistante.

Dans la discussion, Bulkley et Sherwell ont déclaré avoir en observation ou avoir observé chacun un fait identique.

Il n'est pas douteux que beaucoup de cas semblables ont échappé à l'observation médicale, tant est nombreux le chiffre des cas de glycosurie *latente*, et tant sont peu nombreux les médecins en mesure de faire un diagnostic *dermatologique* de cette variété, mais on peut assurer qu'une fois ces premières notions vulgarisées, les observations vont se multiplier.

La plupart des auteurs n'hésitent pas à reconnaître, entre tous ces faits, un lien, une relation, qui les rapprochent, et en font une *unité pathologique* réelle. Mais presque tous, même parmi ceux qui ont intitulé leur observation, *xanthome des diabétiques*, font des réserves sur l'identité de ce xanthome avec le xanthome vulgaire; inclinent à voir dans ces lésions, soit des *fibromes*, soit une forme de « lichen » (*Lichen diabeticus*), et n'acceptent que par tolérance le terme de xanthome des diabétiques.

Les objections diverses, faites à la doctrine de l'identité, émanent surtout du *Rapport* fait à la Société pathologique de Londres en 1883 — *loc. sup. cit.* — par H. Radcliffe Crocker, et A. Sangster sur la mémoire de Malcolm Morris. Voici les conclusions de ces auteurs distingués dans leur texte :

1. The sudden evolution and involution of the eruption.

In xanthoma, the development of the disease is slow and involution is

Suite de la note des Traducteurs.

quite exceptional, it having occurred in four only out of twenty-eight adult cases, and was three very gradual, indeed.

2. The lesions are firm and solid, while they are soft in xanthoma.

3. Some only are yellow, and these only at the top; in xanthoma, they are always some shade of yellow, and the whole region is of uniform colour.

4. There were any patches or striæ, a common feature in xanthoma multiplex; all the lesions were tubercles or infiltrations distinctly raised upon the sourrounding skin.

5. There was no jaundice, a very rare omission in *adult* xanthoma multiplex, and unless the cases in question are considered to be xanthoma, diabetes mellitus has never been observed associated with xanthoma, though diabetes insipidus has been noted associated with eyelid xanthoma.

6. The lesions appeared in many instances to be in the immediate neighbourhood of hair follicles, a lesion not observed in xanthoma.

7. The microscopic characters are not those characteristic of, and very constant in, xanthoma.

Although the number of such cases is too small for absolute statements, yet they are evidently, both etiologically and symptomatically, closely related, and appear to form a definite group, with many of the features of lichen. Should further experience show that diabetes mellitus is a constantly associated condition, the name of lichen diabeticus would seem to be an appropriate designation, or, if Mr. Hutchinson's view be correct, xanthoma diabeticum. »

H. Radcliffe Crocker.
Alfred Sangster.

Postscript by Mr. Hutchinson. — Whilst agreeing in the main with the preceding report I am still inclined to regard the disease as a near ally of xanthelasma, and should prefer such a name as xanthelasma of the diabetic. I had through the kindness of Mr. Malcolm Morris a second opportunity of examining his patient some months after we had met in committee. I then found in the left knee a group of spots which, when the skin was stretched, became distinctly yellow exactly as those of xanthelasma do. On the other knee was a similar groupe which did not show any yellow tint, and none of those on the tips of the elbows were definitely yellow.

Jonathan Hutchinson.

Malgré l'observation de J. Hutchinson, et bien que Radcliffe Crocker dans son *Traité,* postérieur à la rédaction du *Rapport* ci-dessus reproduit, ait conservé le terme de *xanthoma diabeticorum* Thomas Barlow — *loc. sup. cit.* — reprend tous les arguments du comité, et conteste en outre la valeur de la coloration xanthomateuse « yellow pigment » pour cette raison que la coloration jaune n'est pas exclusive au xanthome :

« Does the mere presence of yellow pigment, with the somewhat scanty and superficial distribution which is described in the group of cases under discussion, justify their being called xanthoma?

If so, there are some other quite distinct cases which also deserve the name. I refer to small solitary congenital patches of base smooth yellow skin slightly raised above surface occuring on the scalp.

I have seen examples of this curious congenital condition in two perfectly healthy children; but, in the absence of any of other clinical manifes-

Suite de la note des Traducteurs.

tations of the disease, I have never supposed that such vagasies deserved to be called xanthoma »).

Ces réserves et ces restrictions restent formulées jusqu'à l'heure actuelle, et même après la présentation de notre malade à la réunion de Saint-Louis — *loc. sup. cit.* — malgré le caractère typiquement xanthomateux de l'éruption, que nous soumettions à la constatation de tous, Hallopeau a déclaré partager les doutes en dernier lieu formulés par Barlow, surtout en raison de la « différence d'évolution entre le xanthome simple et le xanthome des diabétiques », et de la « disparition possible du xanthome des diabétiques ».

Cependant, après avoir mûrement examiné, vu et revu, observé, touché, confronté le xanthome sucré et le xanthome commun, nous proclamons l'identité, non pas seulement d'après la couleur, mais d'après l'ensemble des caractères d'aspect, de forme, de localisation prédominante. Loin de nous laisser détourner de la voie par les différences, nous trouvons plus logique et plus sûr de nous appuyer sur les *analogies* nosologiques qui unissent, à nos yeux, les espèces, formes, et variétés du xanthome, assurés que l'étude, poursuivie dans cette voie, sera plus féconde en résultats qu'aucun autre pour le progrès de l'histoire de cette affection.

La rapidité d'évolution, l'involution, la fréquence des localisations buccales, l'absence de l'ictère et des raies palmaires, le caractère variable du jaune xanthomateux, la fréquence de la ponctuation des papules, l'absence des taches jaunes des paupières, la consistance et l'hyperesthésie des éléments éruptifs, tout cela constitue à titre positif ou négatif, le *caractère* de la variété sucrée du xanthome, mais n'établit en aucune manière sa non-identité avec le xanthome proprement dit. Aucun de ces éléments n'est absolu; il y a des cas de xanthome vulgaire à évolution rapide, et des cas *résolutifs;* peu importe à la question de fond, leur fréquence relative. Faut-il dire qu'il y a nombre de faits de xanthome vulgaire sans ictère, sans stries palmaires, sans flavescence constante égale; que la localisation folliculaire, la ponctuation ne sont, en aucune manière, exclusives au xanthome sucré; pas plus que les localisations buccales, le prurit ou la sensibilité; nous avons même peine à comprendre comment ces objections ont pu être posées, tant elles manquent d'exactitude générale.

Il suffira de peu de temps, et quelques observations nouvelles, pour rectifier tous ces points. Nous n'avons pas encore observé de glycosuriques avec le xanthome linéaire de la paume des mains, mais nous ne recherchons le sucre dans l'urine des xanthomateux *avec le soin nécessaire* (la glycosurie est souvent intermittente), que depuis peu d'années. Nous avons déjà rapporté qu'une de nos malades, glycosurique intermittente, a présenté *après* trois années de notre observation attentive pour un prurit chronique féroce, lié à une affection hépatique restée sans diagnostic ferme, des plaques de Rayer typiques sur la paupière inférieure gauche, et des papules xanthomateuses typiques sur la paupière inférieure droite. Vient-on contester la nature xanthomateuse des

Suite de la note des Traducteurs.

plaques de Rayer, parce qu'elles sont le plus souvent isolées, sans ictère, ni raies palmaires? Les objections faites à la nature xanthomateuse des altérations observées chez les glycosuriques n'ont pas plus de valeur.

Quoi d'étonnant que, *chez des sujets glycosuriques*, les éléments éruptifs du xanthome rapidement produits soient plus irritatifs, accompagnés de phénomènes subjectifs plus accentués que dans le xanthome non sucré, à évolution lente et chronique?

Quant à l'objection latérale de Barlow, que la coloration jaune du xanthome ne lui est pas exclusive, nous ne comprenons véritablement pas la portée que lui attache cet auteur distingué, surtout en raison des exemples qu'il propose — relatifs à des *nævi flavescents*, qui ne sont pas rares au cuir chevelu — nous en avons déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis en 1882, n° 798, un très bel exemple dont la coloration est « orangée, xanthomateuse ». Mais quel rapport ces faits ont-ils avec la maladie xanthomateuse en général, et avec le xanthome sucré temporaire en particulier? En sommes-nous à caractériser une affection exclusivement par sa couleur? Et si le xanthome a été appelé ainsi en raison de cette couleur, est-ce à dire que celle-ci constitue son seul caractère? Nous ne croyons pas devoir insister.

La valeur des contestations cliniques présentées par ces différents auteurs est toute relative. Si l'on admettait cette manière de raisonner, il n'est pas une affection cutanée qui ne serait démembrée, et l'on arriverait si l'on ne veut tenir compte des anomalies, des atypies et des paratypes, à supprimer les espèces, formes et variétés qui sont constituées précisément pour grouper les faits analogues, et éviter l'émiettement illimité des genres nosologiques. Prenez le lichen, même réduit à sa dernière expression, il n'y a pas une seule des variétés un peu individualisées du type, qui résiste au procédé de discussion que l'on veut appliquer au xanthome. On trouverait certainement beaucoup plus de dissemblances objectives entre la papule typique du lichen de Wilson et ses formes circinées, atrophiques, moniliformes, cornées, etc., qu'entre le xanthome sucré et le xanthome vulgaire.

Mais les objections portées sur le terrain de la clinique ne résistant pas, ainsi que l'a fait remarquer Hutchinson, à un examen prolongé, on a cru trouver une base plus solide dans les caractères histologiques.

Lorsqu'on les examine de près, on ne trouve pas plus valables les raisons anatomiques que l'on a données pour séparer le xanthome des diabétiques du xanthome vulgaire; et il y a similitude plus grande entre ce xanthome et le xanthome sucré qu'entre l'espèce vulgaire et le xanthome élastique, xanthome de Balzer par exemple, que personne ne conteste.

Pour fixer les idées sur ce point, nous avons pris trois cas, au hasard, dans les groupes principaux : *xanthome vulgaire*, *xanthome sucré fugace*, *xanthome de Balzer*, et nous donnons le résumé des examens anatomiques de chacun d'eux, fait par Darier au laboratoire de l'Hôpital

Suite de la note des Traducteurs.

Saint-Louis; leur lecture suffira, sans que nous ayons besoin de les commenter.

Premier cas. — *Xanthome tuberculeux commun typique; — grosses papules jaunes sur le côté de l'extension des membres; rien aux paupières; — pas de glycosurie.*

Lésions classiques du xanthome : infiltration cellulaire dans le derme à distribution surtout périvasculaire; les cellules infiltrantes sont grandes, anguleuses, ressemblent à des cellules connectives plutôt qu'à des éléments lymphoïdes; leur caractère principal est d'être remplies de granulations graisseuses (noires par l'acide osmique). Il y a en outre une véritable poussière de granulations graisseuses libres entre les cellules, et entre les faisceaux conjonctifs. — L'épiderme est sain. — Pas de lésion du tissu élastique, qui n'est représenté dans le nodule xanthomateux que par des fibres grêles.

Deuxième cas. — *Xanthome diabétique. Le malade nous a été présenté par* Darier *avant tout examen histologique clinique, et notre diagnostic a été : xanthome glycosurique. Le malade avait une seule tumeur du volume d'une noix, au coude, partout ailleurs, notamment sur le dos des articulations phalangiennes et aux genoux, papules. — Pièce du Musée de Saint-Louis*, n° 1393. — *Le malade a été très amélioré, presque guéri par le régime antiglycosurique, puis perdu de vue.*

La tumeur du coude, excisée, a la même structure qu'une papule enlevée sur le genou. Infiltration cellulaire très abondante, à distribution nettement périvasculaire; absence de toute lésion du tissu élastique. Structure très analogue à celle du cas numéro 1 ; les cellules sont grandes, souvent allongées ou anguleuses, remplies de fines granulations très probablement graisseuses (l'acide osmique n'a malheureusement pas été employé dans ce cas; mais l'aspect granuleux des cellules est identique à celui qu'on constate sur les préparations sans acide osmique du numéro 1).

Troisième cas. — *Xanthome élastique* (Cas de Chauffard, *voy. plus loin l'exposé in extenso*). — *Pas de glycosurie.*

Ici les lésions semblent à première vue entièrement différentes : l'altération porte essentiellement sur le tissu élastique qui forme dans le derme, au niveau des plaques, des pelotons abondants et très riches. Ces pelotons sont confluents en nappes, par places, et entourent volontiers les follicules pilosébacés ; ils sont formés de fibres élastiques beaucoup plus grosses que normalement, et en outre cassées, fragmentées, parfois clivées dans leur longueur, parfois boursoufflées. Cette lésion a été bien décrite par Balzer qui a reconnu les mêmes faits sur les préparations de Darier, et a déclaré que ce cas (Chauffard, Darier) était encore plus net que le sien. Entre ces fibres élastiques et à côté d'elles, *pas d'infiltration cellulaire*. Cherchant des cellules analogues à celles que l'on considère comme caractéristiques du xanthome, Darier en a rencontré quelques-unes, c'est-à-dire quelques rares cellules con-

Suite de la note des Traducteurs.

nectives infiltrées de graisse sur le pourtour de la plaque xanthélasmique, et notamment dans le corps papillaire. Pas de lésions de l'épiderme, des vaisseaux ni des nerfs.

Au surplus, l'anatomie et la pathogénie du xanthome, les limites dans lesquelles il convient de le maintenir, sont encore trop incertaines pour autoriser une sévérité absolue dans la nomenclature des affections qui évoluent autour de ce type clinique. Il faut encore un peu plus de temps; il faut des observations nouvelles, pour établir la jurisprudence sur ce point; il sera toujours temps de déclasser les espèces illégitimes, quand on sera en mesure de le faire en connaissance ferme de cause.

Parmi les points à l'étude, nous devons signaler les rapports que la maladie xanthomateuse paraît pouvoir affecter avec d'autres altérations que celle du foie, et avec d'autres dyscrasies que la glycosurie.

Le foie peut être intact dans le xanthome; et à côté de la glycosurie, l'alcoolisme, le paludisme, la syphilis, l' « arthritisme », la lèpre, etc., auront à être examinés à ce point de vue: Cf. JONATHAN HUTCHINSON, Clin. rep. on x. palpeb., and on its signif. or a symptom., *Med. chir. Transact.*, 1871.

Le malade présenté par M. A. CHAUFFARD à la Société médicale des hôpitaux le 11 octobre 1889, n'était pas glycosurique (au moins au moment où on l'a examiné) et il présentait, cependant, une variété *atypique* de xanthome, et même *paratypique par la localisation*, et tout à fait assimilable au cas de xanthome des glycosuriques par mainte particularité d'évolution et d'aspect.

L'observation de ce fait nous semble si importante pour l'histoire du xanthome que nous la reproduisons ici en entier malgré son étendue, textuellement, avec les remarques de l'auteur, et la discussion qui suivit sa communication :

« Homme de trente-cinq ans, maçon, robuste de constitution.

A vingt-trois ans, fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, pendant qu'il faisait son service militaire à la Nouvelle-Calédonie, hématémèse assez abondante, accident qui s'est renouvelé à plusieurs reprises, à vingt-six, trente et un et trente-trois ans. Cet été encore, il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour une hématémèse, et l'on a porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, ou peut-être du duodénum. J'ajoute immédiatement que ces hématémèses à répétition, accompagnées de douleurs épigastriques violentes, et survenant chez un sujet nettement alcoolique, me paraissent n'avoir aucune connexité avec son xanthélasma; il s'agit probablement là d'une gastrite ulcéreuse alcoolique.

Vers 1878, pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, L... a présenté deux autres incidents pathologiques : des accès de fièvre paludéenne, soignés et guéris par la quinine, et un ictère, qui semble avoir duré assez longtemps, sans que notre malade puisse donner de grands détails sur ses caractères et son évolution.

En 1880, L... est libéré et revient en France; et c'est peu après, dit-il, qu'il s'est aperçu du début de son affection cutanée. La marche de celle-ci semble

Suite de la note des Traducteurs.

avoir été lentement progressive, et voici ce que j'ai pu constater, soit actuellement, soit dans un premier séjour que le malade a fait dans mon service, au mois de février de cette année.

L'éruption xanthomateuse est constituée par une série de groupes éruptifs, parfaitement symétriques, et cantonnés exclusivement au niveau des différents plis de flexion; c'est dire qu'ils occupent la base du cou, les deux creux axillaires, les plis des coudes, la paroi abdominale antérieure, surtout dans sa partie sous-ombilicale, les deux triangles inguinaux, la face inférieure de la verge, la marge de l'anus et les deux creux poplités.

Sont indemnes la région dorso-lombaire, les mains et les pieds, le côté de l'extension des diverses jointures, envahies du côté de la flexion.

Chacun des groupes éruptifs présente une constitution analogue et semble rayonner par une sorte de développement centrifuge.

Le centre du groupe est formé par une agglomération presque confluente de plaques intra-dermiques, douces au toucher, légèrement saillantes et comme papuleuses, séparées par de petits plis cutanés; leur coloration est assez pâle, beurre frais ou jaune-chamois; le volume des plus grosses plaques ne dépasse guère celui d'une lentille.

A mesure qu'on s'éloigne du centre éruptif, les intervalles de peau saine augmentent d'étendue, et les nodules ou plaques xanthélasmiques diminuent de volume. Dans la zone la plus périphérique, on ne trouve plus qu'un semis de points jaunes miliaires. C'est ce qu'on voit très nettement au-dessous des plis des coudes, sur la face antérieure des avant-bras.

Une disposition très particulière est à noter sur un grand nombre de plaques xanthélasmiques, et surtout au niveau des parois antérieures et postérieures des aisselles, où la xanthomatose déborde assez largement, formant comme un demi-cercle sur la région pectorale, sus et sous-épineuse; beaucoup de plaques jaunes portent à leur centre un petit nodule à peine saillant, gros comme une tête d'épingle et qui se détache, par sa couleur gris cendré, sur le fond chamois qui l'entoure. La région envahie prend ainsi un aspect tatoué, gris sur jaune, qui tranche absolument sur la coloration et l'aspect de la peau restée saine dans le voisinage. La ligne de démarcation du groupe éruptif est du reste bien marquée, surtout dans la région pectorale, et une bande de peau saine assez large sépare les groupes axillaires et sus-claviculaires de chaque côté.

Les plaques xanthomateuses les plus larges se trouvent dans les régions axillaires et inguinales.

Pour en finir avec la distribution actuelle de l'éruption, je dois signaler l'intégrité presque absolue de la face. En février dernier, lors du premier séjour de L... à l'hôpital Broussais, à peine soupçonnait-on à la commissure palpébrale gauche le début d'une petite plaque jaune; aujourd'hui, bien que très peu accusée encore, elle est cependant nettement constatable.

Au niveau du bord libre de la lèvre supérieure et près de la ligne médiane, se voient deux à trois petits nodules jaunes, gros comme des grains de mil.

Si l'on retrousse les deux lèvres, on voit que la muqueuse de leur face profonde est envahie; aussi bien en haut qu'en bas, elle présente dans son tiers moyen un semis intra-muqueux de petits nodules jaunâtres, reposant sur un fond richement vascularisé, parcouru par de nombreux capillaires dilatés et sinueux.

Pas d'autre lésion de la muqueuse bucco-pharyngée.

La muqueuse génitale est normale.

Au mois de février, on constatait en outre un phénomène assez insolite

Suite de la note des Traducteurs.

dont aujourd'hui il ne reste plus guère que la trace : la zone périphérique des groupes éruptifs était parcourue par d'assez larges réseaux d'un rose un peu violacé, non saillants, et qui formaient comme une auréole congestive autour des plaques jaunes. Celles-ci semblaient naître et évoluer dans cette sorte de zone d'envahissement.

Ces mêmes bandes rosées, larges souvent de près de 10 centimètres, reliaient entre eux les différents groupes éruptifs, comme de véritables anastomoses, surtout au-devant du bord antérieur de l'aisselle, à la base du cou et à la face postéro-interne des cuisses, entre les groupes poplités et inguinaux.

Aujourd'hui, les traces de cette hyperhémie périnodulaire ne subsistent plus qu'au niveau des régions pectorales, sur l'expansion antérieure des groupes axillaires. Là encore, les plaques xanthomateuses, jaune avec leur centre grisâtre, reposent sur un fond d'un rose violacé, qui donne à cette région un aspect bigarré tout à fait particulier.

Je signale de plus que, maintenant comme au mois de février, on constate une tuméfaction très nette, indolente et assez ferme, de plusieurs ganglions inguinaux, sous-pectoraux et axillaires.

L'état général de L... n'est pas absolument satisfaisant. Son teint est à la fois pâle et d'un jaune clair, tirant un peu sur le jaune-paille. Les traits sont amaigris et tirés. Son sang contient 4,030,000 globules et est de plus très appauvri en hémoglobine, puisqu'il n'en contient que 55 p. 100 de la teneur normale. L'amaigrissement est assez notable, les plis cutanés sont flasques et faciles à former.

Le pouls est faible et dépressible, et ne donne, au sphygmomètre de Verdin, qu'une tension de 650, au lieu de 750, chiffre moyen normal. Et cependant le cœur semble battre assez énergiquement, et le malade présente des palpitations dès qu'il se fatigue un peu. On entend à la base du cœur un souffle systolique aortique qui, de même que les palpitations, me paraît en rapport avec l'anémie que nous révèle l'examen du sang.

J'ajoute que cette anémie ne me paraît pas dépendre seulement du xanthélasma, car l'examen des poumons montre, surtout au sommet droit, des signes manifestes d'induration pulmonaire.

Les urines sont normales; leur quantité par vingt-quatre heures est environ de 1,508 grammes; leur densité de 1,012; elles sont transparentes, d'un jaune ambré, non sédimenteuses, assez riches en urohématine; leur teneur en urée est, par vingt-quatre heures, de 20 à 22 grammes; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni traces de pigment biliaire.

Tel est l'ensemble des symptômes généraux et locaux que nous constatons chez L... Qu'en pouvons-nous conclure?

Tout d'abord, l'étiologie du processus xanthomateux, ici, comme dans bien des cas, nous échappe complètement. Aucune hérédité.

Notre malade n'a, lui non plus, *ni diabète* (et nous verrons bientôt l'importance de ce fait), ni *manifestations arthritiques.* Malgré l'ancienneté du début de son affection, *le foie est normal, soit anatomiquement, soit fonctionnellement.* Ses dimensions sont physiologiques; il n'y a pas d'ictère, et je ne crois pas qu'il faille attacher grande importance à l'ictère passager qui s'est montré il y a onze ans, deux ans avant l'apparition du xanthome. La production quotidienne d'urée est normale et montre que cette autre grande fonction du foie n'est pas altérée.

Enfin, *le pouvoir glycogénique du foie est conservé;* l'épreuve de la glycosurie

Suite de la note des Traducteurs.

alimentaire, faite à deux reprises avec 200 et 250 grammes de sirop de sucre, n'a donné que des résultats négatifs.

Nous sommes donc en droit d'affirmer qu'il n'y a pas, chez notre sujet, *d'insuffisance hépatique.*

En étiologie, pas plus qu'en pathogénie, nous ne pouvons donc conclure.

Mais cette conclusion négative a bien son importance, car on sait quelles connexions on a souvent constatées ou voulu établir entre les lésions du foie (très variables du reste dans leur nature et leur degré) et le xanthome. De fait, les deux coexistent souvent, sans qu'on puisse encore en formuler une explication univoque. S'agit-il de deux effets d'une même cause générale, l'arthritisme par exemple? Est-ce la lésion hépatique qui engendre la lésion cutanée? Ou la filiation causale est-elle inverse? Nous l'ignorons.

Il faut au moins retenir, du fait qui précède, qu'un xanthome ancien et largement disséminé peut évoluer sans lésion apparente ni trouble fonctionnel constatable du côté du foie.

Il est encore deux points sur lesquels je voudrais attirer l'attention de la Société.

En constatant l'existence de ces nappes congestives autour des nodules de xanthome, je me suis demandé *si la lésion ne serait pas auto-inoculable sur le sujet.* J'ai fait, à la face antérieure des deux cuisses, des inoculations pratiquées soit avec le sang des zones rosées hyperhémiques, soit avec le sang des plaques jaunes. Le résultat a été négatif.

Je ne sais si pareille recherche a déjà été faite; je n'en ai trouvé aucune mention dans les travaux les plus récents sur le xanthome. Elle a son importance, car elle ne plaide pas en faveur de la théorie microbienne et infectieuse du xanthélasma.

Il est impossible, en outre, de ne pas saisir une certaine analogie entre le fait que je viens de rapporter et quelques-uns de ceux qui ont été étudiés récemment sous le nom de *xanthome des diabétiques.*

Bien qu'un exemple de cette curieuse variété fût déjà cité dans le mémoire de Gull et Addison, ce n'est guère qu'avec les travaux récents de Malcolm Morris et de Crocker qu'elle a été définitivement introduite et classée dans la science...

Eh bien, chez notre malade, plusieurs de ces particularités peuvent être relevées. Même intégrité, au moins pendant de longues années, des paupières; même prédominance de la dermatose aux coudes et aux genoux, du côté de la flexion il est vrai; même base congestive, très nette il y a quelques mois, encore constatable aujourd'hui sur quelques points; même point grisâtre au centre de certaines plaques xanthomateuses. Dans le cas actuel, par sa régularité d'ordination et de volume, on peut se demander si ce point grisâtre ne correspond pas à des follicules pileux, circonscrits par une sorte de xanthomatose périfolliculaire. Mais c'est là un point à revoir, et que des examens biopsiques permettraient seuls de résoudre.

Enfin, dernière analogie, L... prétend que, depuis quelques mois, son éruption s'atténue et rétrograde en certains points. Or, nous savons que le xanthome vulgaire ne rétrocède pas; que le xanthome des diabétiques, au contraire, peut aboutir à une guérison spontanée.

Voilà donc une série de particularités qui rapprochent notre cas des xanthomes dits diabétiques. Mais notre malade n'a pas de sucre dans les urines, et rien ne permet de supposer qu'il en ait eu ou qu'il doive en avoir; d'au-

Suite de la note des Traducteurs.

tant que l'expérience de la glycosurie alimentaire n'a donné chez lui que des résultats négatifs.

Il est vrai que, dans un cas récent, un auteur anglais, Cavafy (*British Journal of Dermat.* — Janvier 1889, p. 76) a cru pouvoir considérer comme relevant du diabète un xanthome survenu chez un sujet non glycosurique, mais dont les urines « auraient contenu » du sucre auparavant.

Nous nous croyons tenu à plus de réserve, d'autant que cette question du xanthome des diabétiques divise, aujourd'hui encore, les auteurs les plus compétents. C'est ainsi que, dans un travail récent, Thomas Barlow (*Bristish Journal of Dermat.* — Novembre 1888, p. 3) considère le titre de xanthome comme peu justifié pour le groupe en question de dermatoses diabétiques.

Sans vouloir prendre position dans le débat, je me contenterai de dire que certains xanthomes peuvent ressembler aux xanthomes des diabétiques, sans qu'il y ait pour cela du sucre dans les urines.

Je ne fais donc suivre le fait qui précède que de conclusions négatives : non-inoculabilité de la lésion cutanée, intégrité anatomique et fonctionnelle du foie, absence de diabète malgré les apparences assez particulières de l'éruption.

Mais tant que nous n'avons pas de notions pathogéniques plus précises, que la nature intime du processus xanthomateux continue à nous rester inconnue, nous sommes bien forcés de demeurer dans la période des constatations empiriques. C'est pourquoi, malgré toutes ses lacunes, j'ai cru devoir présenter à la Société le fait qui précède.

Discussion.

M. Balzer. Ce malade ressemble beaucoup à celui dont j'ai relaté l'histoire dans les *Archives de Physiologie*, lorsque j'ai décrit les altérations des fibres élastiques de la peau au niveau des plaques de xanthélasma; les lésions macroscopiques avaient à peu près même aspect et même siège.

M. Gérin-Roze. Les cas de xanthélasma que j'ai eu l'occasion d'observer sont toujours survenus chez des individus déjà en puissance de maladie. Je donne mes soins en ce moment à un ancien syphilitique atteint de xanthélasma des paupières. Cet homme a le foie sain, mais il porte sur la peau des syphilides tuberculeuses non ulcérées. Le xanthélasma se développe rarement chez les gens bien portants.

M. Juhel-Rénoy. Je répondrai à M. Gérin-Roze que certainement le xanthélasma peut se présenter chez les gens en parfaite santé, qu'en un mot c'est une simple difformité cutanée. Je citerai à ce propos le fait d'une vieille demoiselle de mes clientes, indemne de toute syphilis, de toute affection hépatique, et qui, depuis trente-cinq ans, porte du xanthélasma des paupières, d'aspect « peau de chamois », suivant l'expression classique.

M. Rendu. Je ne suis pas convaincu que la malade de M. Chauffard n'aura pas plus tard des troubles hépatiques. J'ai eu l'occasion d'observer une malade tourmentée depuis trois mois seulement par des coliques hépatiques et qui, depuis trente ans, portait du xanthélasma. Sans aucun doute, le foie de cette femme était déjà malade avant l'éclosion de la première attaque de coliques hépatiques, et pourtant pendant trente ans qu'elle a porté son xanthélasma, on aurait pu l'examiner et croire à l'intégrité de son foie. N'est-il pas permis de supposer que parfois des troubles latents et méconnus de la fonction hépatique amènent le développement du xanthélasma et que, pour un temps, cette dermatose peut être le seul stigmate d'une altération du

Le diagnostic du xanthome est facile (1) et repose sur les caractères si nets que nous avons indiqués plus haut.

Relativement au pronostic, il faut se rappeler que le xanthome per-

---

Fin de la note des Traducteurs sur le xanthome glycosurique.

foie. Ce n'est là, pour le moment, qu'une hypothèse; mais en tout cas, je crois qu'il faut conserver précieusement les observations semblables à celle de M. Chauffard, sans prendre encore parti.

M. Chauffard. Je ne réponds pas de l'avenir hépatique de mon malade; mais, pour le moment, je puis affirmer que son foie est normal.

M. Juhel-Rénoy. Je dirai à M. Rendu que la notion classique d'une relation entre le xanthélasma et les affections du foie me paraît plus que douteuse. Le fait que je rapportais tout à l'heure montre suffisamment qu'il n'y a pas incompatibilité entre le xanthélasma et une bonne santé hépatique. Donc, affirmer que le xanthome laisse sous-entendre un état pathologique latent, c'est émettre une hypothèse que rien ne justifie.

M. Merklen. Les lésions cutanées observées chez le malade de M. Chauffard présentent, en effet, certains des caractères du xanthome. Mais elles en diffèrent d'abord par leur localisation, la plupart des nodules présentant à leur centre un poil et paraissant développées au niveau ou autour d'un follicule pileux. En second lieu, les plaques et nodules sont entourés d'un tissu cicatriciel ou, pour mieux dire, de cette atrophie particulière de la peau que l'on observe au niveau des vergetures. Si l'on tend la peau des régions malades, on constate que le derme est très aminci tout autour des nodules et ne reprend ses caractères normaux qu'à une certaine distance. Ce sont là des particularités qui ne se trouvent pas habituellement dans le xanthome.

M. Chauffard. Je reconnais que, par la topographie et les caractères de l'éruption, le cas que je viens de présenter diffère beaucoup du xanthélasma vulgaire. Mais je ne connais pas actuellement, en dermatologie, d'espèce morbide avec laquelle il ait plus d'affinité qu'avec le xanthome. C'est, il me semble, jusqu'à nouvel ordre, la dénomination la plus vraisemblable que l'on puisse donner. Je laisse, du reste, à de plus autorisés que moi le soin de la discuter, et, au besoin, de la réformer.

Voilà le lecteur muni des éléments nécessaires pour avoir un aperçu de l'état actuel de la science sur le xanthome; nous aurions voulu le faire plus brièvement, mais nous avons tenu par-dessus tout à l'éclairer, et à lui soumettre, en termes clairs, l'état réel.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Facile, assurément, et le plus habituellement *très facile* dans les cas typiques pour tous ceux qui ont *vu* une fois la maladie sur nature ou sur dessin; mais cependant tout ce qui est jaune n'est pas du xanthome, et le xanthome peut accessoirement, partiellement, pendant un temps, n'être pas jaune. L'auteur rapportait tout à l'heure la possibilité (?) de la confusion avec le « *milium* »; et on sait, ne fut-ce que par les titres de plusieurs publications de cas de xanthome, que des observateurs ont pris les tumeurs du xanthome pour des *chéloïdes*, des *fibromes*, des *stéatomes*, du « *molluscum* » *des cystadénomes épithéliaux bénins*, etc., etc.

L'urticaire versicolore (*urticaire pigmentaire*) comporte parmi ses

siste toute la vie sans se modifier, sans s'aggraver, mais quelquefois, on l'a vu disparaître spontanément. Les affections du foie, l'ictère qui surviennent avec le xanthome se manifestent parfois d'une manière passagère; dans d'autres cas, elles sont persistantes, et dans ce dernier

---

nuances éventuelles des teintes chamois, saumon, jaunâtres. — Voy. Tilbury Fox, *Transact. of Clin. Soc.* 1874, et *Atlas*, p. 103, Pl. LXIII, xanthelasmoidea (? the Vitiligo of Willan) — qui ont amené la création du terme de *xanthelasmoidea.*

Sur les *muqueuses*, et sur la *conjonctive*, le diagnostic peut être très difficile à établir entre la dégénérescence colloïde (colloïdome miliaire) et quelques lésions de même aspect, *mal définies*, que l'on observe en différents cas aux deux extrémités de l'axe transverse de la cornée.

Mais la difficulté la plus aiguë du diagnostic dans le xanthome réside en ce que, à côté des faits-types les plus communs, il existe, en plus grand nombre qu'on ne l'a d'abord supposé, des *formes spéciales, atypiques*, et même *paratypiques*, au sujet desquelles la discussion doit rester *ouverte :* la *couleur* jaune peut être douteuse, accentuée seulement quand on diminue par compression ou position la congestion locale; la *forme* peut être variable, ainsi que le *volume*, la *consistance*, la *sensibilité;* l'*aspect*, ponctué, vésiculoïde; la *localisation* typique des sommets peut être renversée (*paratype*) comme dans le cas de Chauffard, — *loc. sup. cit.* — où on ne l'observait qu'aux *plis articulaires* à l'exclusion des sommets.

Tout cela réclame, pour être interprété, une connaissance suffisante des faits, et le secours d'une analyse clinique régulière : il faut se défier des diagnostics de surprise, et improvisés. Prévenus des difficultés qui *peuvent* se présenter, le médecin usera de prudence, et fera, le cas échéant, des réserves motivées.

Le moment n'est pas encore venu de traiter du diagnostic de la *xanthomatose viscérale;* mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe une *colique hépatique xanthomatique*, des *hépatites xanthomatiques* dont le diagnostic n'est pas absolument hors de mise à l'étude ; du *xanthome endocardiaque* et des bruits morbides qui permettent de le localiser, etc., etc.

Lehzen et Knauss — *loc. sup. cit.* — ont apporté sur ce dernier point une autopsie démonstrative dont voici le résumé :

Chez la malade de l'observation I, l'examen du cœur révéla une insuffisance de la valvule mitrale, que l'on pouvait supposer due à un xanthome de l'endocarde, en raison de ce que le bruit cardiaque ne présentait pas à coup sûr le caractère d'un bruit accidentel et qu'il n'y avait eu antérieurement aucune autre maladie pouvant expliquer une endocardite. La nécropsie confirma cette hypothèse, et fit reconnaître sur l'aorte un tissu conjonctif hyperhémié, très abondant, à contenu graisseux. Le cœur droit est petit et rétréci et contient quelques caillots. L'artère pulmonaire et les trois valvules sont normales, cependant à leur point d'origine, saillies jaunâtres qui rappellent soit des plateaux endartéritiques, soit du xanthome. Sur l'artère pulmonaire, légère tache jaunâtre, ainsi qu'aux points de départ des ramifica-

cas elles ont une signification plus grave (1). Jusqu'à présent, ce xanthome n'a pu être guéri que par l'excision ou le raclage avec la curette, mais là aussi il est survenu une récidive locale (Poensgen). J'ai souvent

---

tions. Dans l'oreillette gauche, sang non coagulé, il en est de même dans le cœur gauche, qui paraît un peu hypertrophié. Pas d'insuffisance aortique.

Au-dessus des valvules commence une dégénérescence de la membrane interne de l'aorte, qui a provoqué un certain degré de sténose. La surface du vaisseau paraît inégale par suite de la présence de saillies en forme d'îlots ou de rides qui rappellent d'une part des plateaux sclérosés, de l'autre, par leur coloration blanc jaunâtre, du xanthome. Exposées à l'air, ces élevures deviennent jaune foncé. Elles augmentent vers la partie moyenne de l'orifice, pour atteindre leur plus grand développement dans la région de l'isthme, vis-à-vis l'insertion du canal artériel (environ 3 millimètres); en même temps, elles entourent le calibre des vaisseaux en forme d'anneaux. C'est en ce point que la sténose de l'aorte est le plus caractérisée. La carotide gauche est presque complètement obstruée par une prolifération semblable de la membrane interne.

La mitrale présente, sur la face opposée de l'aorte, à la ligne d'origine de son extrémité antérieure, une chaîne continue de quatre plaques de xanthome, de la grosseur d'une lentille, d'une teinte jaune très accusée. Sur l'autre valvule, épaississement du bord libre et relâchement du tissu, de sorte que les tendons ne peuvent pas tendre les valvules, qui par suite ne peuvent pas se fermer.

Les deux artères coronaires, principalement la gauche, présentaient de nombreux dépôts analogues dont le volume dépassait celui d'une tête d'épingle. Rien du côté du foie.

Au point de vue anatomique, il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse, dans le cas actuel, d'altérations de la paroi vasculaire, lesquelles sont identiques au processus xanthomateux de la peau.

En ce qui concerne spécialement le xanthome de la membrane interne, il paraît évident à Knauss, d'après ses préparations, que le sang est amené dans la tumeur par les *vasa vasorum* — ainsi que dans certains processus endartéritiques.

On ne peut pas s'expliquer autrement que les parties profondes de la tumeur, qui pourtant ne peuvent pas recevoir leur nourriture de la paroi interne du vaisseau, comme la membrane interne, ne présentent pas les plus légers signes de dégénérescence.

Mais ceci indique combien est grande l'intensité du processus xanthomateux et combien est considérable sa destructivité. Si les cas comme celui-ci sont rares, ils jetteront toujours sur le pronostic du xanthome une lumière significative.

Cette observation n'est pas isolée; l'un de nos xanthomateux est atteint d'insuffisance aortique caractérisée; et cette année, A. Pollosson a présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon — *Lyon médical*, t. LXIII, p. 311, 1890 — un malade atteint de xanthome multiple, plan et en tumeurs. A l'auscultation, ce malade présentait un souffle systolique avec maximum d'intensité à la base; le malade était sujet à des accès « d'angine de poitrine ». Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le *pronostic* du xanthome est extrêmement variable selon les formes et dans chaque forme, selon les cas particuliers.

Il est incontestable que chacun connaît des personnes atteintes de

excisé avec un succès durable le xanthome plan des paupières. E. Besnier dit avoir vu la régression rapide des nodosités sous l'influence de l'usage interne du phosphore suivi d'une médication térébenthinée (1).

---

xanthome palpébral *isolé*, qui poursuivent une longue carrière sans qu'aucun incident grave survienne qui paraisse se rattacher à la maladie; mais il reste, de ce côté, quelques circonstances inconnues. La même bénignité *générale*, relative, s'applique aux formes en *tumeur*, au point de vue de la *généralisation viscérale*; mais, d'autre part, le pronostic acquiert, dans ces dernières, une signification particulière en raison du volume des tumeurs, des insertions profondes de quelques-unes d'entre elles, et de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Pour le xanthome généralisé, et même quelquefois pour le xanthome localisé aux paupières, les exemples que nous avons rapportés ci-dessus montrent combien le pronostic doit être généralement réservé, et combien il faut de soin dans l'examen viscéral des malades. Il y a, de ce chef, dans la pathologie du foie, des vaisseaux et du cœur, un chapitre à peine ébauché, mais sur lequel il est à présent impossible de ne pas ouvrir l'enquête. E. B. — A. D.

(1) Le *traitement interne* du xanthome vulgaire reste empirique : après quelques essais de médication térébenthinée *après* phosphorisme — voy. 1re édit., T. II, p. 220, note 2 —, nous avons réduit la médication à l'emploi des alcalins — cure de Vichy — et à l'usage de la térébenthine donnée avec persévérance à dose tolérée, non que nous ayons abandonné l'idée de l'utilité de l'action préalable du phosphore, mais à cause de la difficulté et des dangers de l'application de cet agent, pour la peau, le rein, la vessie.

Le xanthome des glycosuriques est plus ou moins lié, dans ses oscillations, aux variations de la courbe glycosique; il est donc justiciable de la médication antidiabétique.

Chirurgicalement, le xanthome se comporte comme les néoplasmes bénins, c'est-à-dire qu'il ne se reproduit pas sur place, à la condition bien entendu d'en faire la résection *complète*. Mais il est inutile de dire que l'intervention mécanique ne s'applique qu'aux altérations localisées; elles varient suivant les cas et les régions.

Dans un cas de xanthome des deux paupières inférieures, Stern — Zur Therap. des Xanth., *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 50 — a eu recours à des applications sur les plaques jaunes de collodion au sublimé à 10 p. 100. Il se forma une eschare grise, de couleur plus foncée les jours suivants; peu après sa chute, elle laissa une petite surface excoriée qui se cicatrisa rapidement. Les modifications survenues dans les plaques de xanthome étaient très frappantes; à un examen attentif, on pouvait encore les reconnaître. Mais la coloration jaune-paille avait complètement disparu. Les paupières étaient restées molles et souples, sans la plus légère rétraction.

Dans beaucoup de points, l'électro-puncture interstitielle, convenablement appliquée, peut être employée avec un succès facile.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

TUMEURS DIVERSES.

Ce serait ici le lieu de mentionner les tumeurs isolées ou multiples de la peau ou du tissu sous-cutané, appartenant à la chirurgie proprement dite, et qu'on désigne sous le nom de fibromes, lipomes, névromes. Ces derniers, comme nous le montrent les observations connues jusqu'ici et le cas si intéressant de Duhring, sont constitués par des amas de tissu conjonctif (fibrome nerveux, Recklinghausen), présentant des rapports particuliers avec les nerfs, attenant à la gaine des nerfs, disjoignant les filets nerveux ou n'ayant avec eux aucune relation appréciable (névromes cutanés de Duhring). Dans quelques cas, on a pu démontrer une véritable néoformation de nerfs et de névromes plexiformes (Biesiadecki, Czerny, Recklinghausen), avec complication d'éléphantiasis et de nævi, principalement. Ils sont caractérisés cliniquement par une sensibilité excessive à la pression, et par des douleurs névralgiques, spontanées et paroxystiques.

Comme il en a déjà été question (tome II, pag. 127), Recklinghausen a dans son dernier travail « des fibromes multiples de la peau, et de leur rapport avec les névromes multiples » expliqué d'une manière très instructive les rapports cités ci-dessus, bien que, selon moi, il soit allé trop loin en y comprenant certains processus pathologiques (comme la lèpre, l'ichthyose).

Les dermatomyomes, qui sont en somme très rares, se rapprochent certainement beaucoup des formes dont il vient d'être question. Ils surviennent, d'après Virchow, Förster, Verneuil, de même dans le cas de Bridgidi et de Maracci, sur des points de la peau qui renferment des muscles bien formés, comme le scrotum (dartos), le voisinage du mamelon, attendu qu'ils procèdent de ces éléments musculaires préexistants, et forment là de grosses tumeurs. E. Besnier a, au contraire, vu chez une femme de soixante ans, sur le tronc et les membres supérieurs, des dermatomyomes sous forme de nombreuses taches et papules rouges, dures, du volume d'une lentille jusqu'à celui d'un pois, lisses, et peu élevées, qui s'étaient développées sans troubles subjectifs dans l'espace de quelques mois. L'examen histologique fait par Balzer a démontré que ces dermatomyomes consistent, dans leur masse principale, en un réseau de fibres musculaires lisses, avec des vaisseaux et des nerfs entremêlés, et E. Besnier pense qu'ils provenaient du tissu conjonctif (liomyome).

Chambard et Gouilloud ont décrit une tumeur caractérisée comme étant un « myome xanthomateux » (1).

Salzer junior a décrit un ostéome de la peau observé dans la clinique de Billroth. On trouva une lamelle osseuse poussée en forme de crosse vers la surface, enfoncée dans le cuir chevelu et perforée par les glandes et les follicules sous-jacents.

---

(1) Le premier emploi du mot *myome* (myoma) appartient à Virchow — U. cavernöse (erectile) Geschwülste und Telangiectasien, *Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, p. 553, 554, T. VI, 1854 — ainsi que la première description histologique.

Le second fait appartient à Förster — U. des weichen Warzen und molluskenartigen Geschwülste der Haut, *Wien. med. Wochens.*, n° 9, 8e année, 1858, p. 130 — qui, en 1863, — *Trait. d'anat. path. sp.*, p. 1039, 1042, indique nettement les myomes parmi les tumeurs de la peau, et ébauche la première description dogmatique qui en ait été donnée. De la même année, date la magnifique leçon de Virchow sur les myomes. Parmi ceux qui peuvent former tumeur à la peau, il en reconnaît plusieurs espèces, généralement *mixtes*, musculaires seulement à titre accessoire, et ne les considère comme vraiment musculaires à titre majeur que dans les régions où l'état normal de la peau constitue déjà une sorte d'hypertrophie musculaire, une couche *dartoïque*. Nous avons montré — voy. plus bas — que cette conclusion n'est pas fondée,

A partir de 1870, on trouve communément ces faits indiqués sous la dénomination de *fibromyomes* ou de *myomes* — voy. T. Challand, *Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1871, 5e série, T. VI, 46e année, p. 145, 149, deux observations de myomes de la grande lèvre et du scrotum, appartenant à la même espèce que le cas de Förster. Mais tous les faits de myomes affleurant la peau ne sont pas des *dermatomyomes* proprement dits ; des tumeurs de fibres lisses, émanées par exemple de l'aponévrose pubio-rectale de Denonvilliers (couches musculaires de la loge prostatique ou de la cloison recto-vaginale), peuvent venir faire efflorescence à la région périnéale ou à la région vulvaire inférieure. Leurs caractères cliniques et histologiques, les rapprochent de ce que nous avons appelé les *myomes dartoïques*, mais leur point d'implantation, important d'autre part à déterminer chirurgicalement, les particularise absolument. Voyez, pour exemple de ce genre, le cas de Marcano, *Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, T. VIII, 1873, p. 388.

Le premier *fait* de dermatomyomes *proprement dits* a été montré par Verneuil à la Société anatomique en 1858 — *Bull. de la Soc. anat.*, 2e série, 33e année, août, p. 373. — Les tumeurs avaient été recueillies sur un cadavre livré aux dissections ; mais il n'y a pas eu — comme semblent le croire plusieurs des auteurs qui ont écrit après nous sur ce sujet — d'observation ni de diagnostic cliniques.

La première observation, à la fois clinique et histologique, celle qui a servi véritablement à constituer l'espèce *dermatologique* proprement dite, nous appartient — E. Besnier. Les dermatomyomes (fibro-

Suite de la note des Traducteurs.

myomes, liomyomes, ou myomes cutanés, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. Ier, 1880, p. 25, et Contribution à l'histoire des myomes cutanés (dermatomyomes, liomyomes de la peau — *eod. loc.*, 1885, p. 321. — La partie histologique des deux mémoires est due à Balzer ; les altérations sont représentées dans la planche I du tome Ier, 1880.

Voici d'abord le résumé de l'observation clinique :

Blanchisseuse, âgée de 60 ans. Au moment du premier examen, sur différents points du tronc et des membres supérieurs, il existe, irrégulièrement disposée, et émergeant de la peau saine, une éruption composée : 1° de *taches* de la dimension d'une lentille, très légèrement rosées, à peine saillantes au-dessus du niveau des parties voisines, rondes, ou irrégulièrement ovales, absolument analogues par l'aspect à des *plaques* d'urticaire papuliforme, et présentant aussi une remarquable analogie avec les éléments de première apparition des dermatolymphadénomes; 2° de petites *tumeurs* de la forme et du volume d'un petit grain de plomb, d'un pois ou d'une lentille, d'une couleur rosée, passant à un rouge terne pour les plus volumineuses ; la coloration est hématique, s'efface sous la pression du doigt; nulle part elle n'est pigmentaire ; leur surface est lisse, recouverte d'un épiderme corné normal. Nul trouble de sensibilité objectif ni subjectif, peu de prurit, mais une assez vive douleur à la pression des éléments entre les doigts.

Pendant les deux années suivantes, une vingtaine de saillies nouvelles apparaissent, toujours latentes, en même temps que les anciennes doublaient environ de volume.

Ces caractères ne répondaient à aucun type dermatologique connu; aucun des dermatologistes éminents, français ou étrangers, à qui nous présentâmes la malade pendant la durée de l'Exposition universelle de 1878, ne fut en mesure de formuler un diagnostic ferme.

La biopsie était le seul recours ; elle fut exécutée par Balzer qui en communiqua les résultats à la Société de Biologie dans la séance du 25 janvier 1879. Malassez, dans la discussion, émit quelques objections; mais, dans la séance suivante, 1er février 1878, il reconnut le non fondé des doutes émis par lui, et ajouta que Ranvier avait contrôlé et confirmé le caractère des tumeurs qui étaient des *liomyomes* — Voy. pour les détails, nos deux mémoires cités plus haut, et la planche histologique. — La malade ayant succombé en 1880 à une lymphangite secondaire à un carcinome du sein, l'autopsie fit constater des fibromyomes utérins multiples, et permit à Balzer de confirmer et de compléter, sur les tumeurs de la peau, les résultats des examens antérieurs.

Voici le résumé de ses observations :

Les tumeurs pisiformes, aussi bien que les plus volumineuses, celles qui avoisinent la dimension d'une petite amande, ont été examinées : dans toutes ces tumeurs, la néoplasie a une extension réelle beaucoup plus grande que ne le ferait prévoir son apparence superficielle extérieure. Sur les bords des nodules myomateux, le tissu musculaire s'étend quelquefois assez loin, de manière à former une véritable nappe au niveau des tumeurs les plus grosses. Sur les coupes, les myomes ont souvent, par conséquent, l'apparence d'une lentille biconvexe, plus ou moins renflée à son centre, plus ou

Suite de la note des Traducteurs.

moins aplatie à son pourtour. C'est au centre que le tissu musculaire est surtout abondant, serré, tandis qu'au pourtour, il est dissocié par des faisceaux de tissu conjonctif.

L'épiderme est normal, peut-être un peu aminci.

Le derme proprement dit est peu envahi par le myome qui paraît surtout s'étendre dans l'hypoderme. Nous avons vu, en effet, des glandes sudoripares entières, conduit excréteur et glomérule, dans la portion du derme placée entre l'épiderme et la tumeur; ajoutons que ce derme est aminci, réduit à la moitié ou au tiers de son épaisseur. Nous avons vu, au contraire, des glandes sébacées avec leur poil, pénétrant jusqu'à une assez grande profondeur dans l'épaisseur du néoplasme. Celui-ci a donc une tendance manifeste à s'étendre surtout dans la région de l'hypoderme.

Le tissu musculaire se présente avec l'aspect que nous avons déjà décrit : faisceaux d'étendue et de volume très variables, ordinairement fusiformes, les uns parallèles à la surface de la peau et s'entrecroisant dans des directions diverses, les autres perpendiculaires ou obliques par rapport à la surface de la peau. Ils s'entrecroisent et s'entrelacent de manière à former un feutrage véritable, très serré, ainsi que nous l'avons dit, vers les parties centrales du myome. Les faisceaux musculaires, en ces points, ne sont séparés les uns des autres que par une mince lamelle conjonctive ou paraissent même en contact immédiat. On les voit tantôt dans le sens de leur longueur, tantôt sectionnés transversalement. Le picro-carminate les colore en brun orangé, et si l'on acidifie la glycérine, on voit facilement apparaître les noyaux elliptiques et allongés des fibres musculaires lisses.

Nous devons ajouter à ce second examen une particularité qui avait été omise dans le premier. En traitant les coupes par l'éosine à l'alcool et la solution de potasse à 40 p. 100, on voit que les faisceaux musculaires sont accompagnés par des faisceaux de tissu élastique très abondant. Ce tissu, évidemment hyperplasié, constitue un système de fibres qui accompagnent les faisceaux musculaires, leur forment quelquefois une sorte de cage incomplète, et les relient les uns aux autres et au tissu élastique des parties saines de la peau. La potasse, en dissociant un peu le tissu musculaire, permet facilement de se rendre compte de ces dispositions. Ajoutons que les vaisseaux sont très rares dans l'épaisseur des myomes. Il en est de même pour les filets nerveux : quelques-uns situés en pleine masse musculaire devaient être facilement comprimés et devenir le siège des douleurs ressenties par la malade.

Les myomes cutanés sont divisés par nous en deux espèces : les *myomes simples* ou liomyomes proprement dits, et les *myomes dartoïques*.

a) *Myomes simples.* On peut les observer dans toute l'étendue du tégument ; leur évolution est lente ; leur volume restreint (pisiformes) ; d'abord indolents et indolores, ils deviennent, ou peuvent devenir, très douloureux, à la pression ; ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, ne récidivant pas après extirpation. Les myomes simples semblent se développer dans l'âge déjà avancé ; ils sont multiples. Leur pathogénie est inconnue ; nous notons seulement chez notre malade la coïncidence, l'antériorité probable des myomes utérins.

b) *Myomes dartoïques.* Les myomes que nous avons appelés dartoïques,

Suite de la note des Traducteurs.

les seuls que Virchow reconnaissait, constituent des tumeurs à évolution plus variable, quelquefois multiples sur une même région, mais plus habituellement solitaires. On les rencontre à la région mammaire, au scrotum, à la grande lèvre ; on pourrait les rencontrer au pénis. Leur volume n'est pas restreint; ils peuvent atteindre les dimensions du poing, le plus souvent d'une noisette, d'une amande ; ils sont sessiles ou pédiculés, contractiles ou rétractiles par l'irritation, le froid, l'excitation électrique, et plus ou moins vascularisés. On ne doit pas les confondre avec les *myomes migrateurs* émanés de la prostate ou de la cloison recto-vaginale, qui se distinguent aisément par l'évolution plus rapide relativement au volume acquis de la tumeur, l'absence ou le peu de développement de la contractilité de l'enveloppe cutanée, la conservation du glissement de la peau sur la tumeur, et par les signes fournis par le toucher rectal et vaginal, etc.

Notre division est destinée exclusivement à préciser pratiquement d'une manière claire trois catégories principales de tumeurs cutanées, dont deux seulement sont véritablement des dermatomes. Dans des travaux ultérieurs elle a été remplacée par une énumération méthodique des diverses formes et variétés que l'examen anatomique des différentes tumeurs observées a permis de réunir. Telle, par exemple, la division proposée par Babès dans un article remarquable — *Handbuch der Hautkrankheiten* (*Ziemssen's*), T. II, p. 499, Leipzig, 1883 — division, d'ailleurs, elle-même incomplète. L'auteur ayant soin de faire remarquer que « toutes les transitions et toutes les combinaisons sont possibles », c'est dire que l'élasticité d'un semblable cadre est indéfinie, et que les cas particuliers montreront de nouvelles transitions ou de nouvelles combinaisons.

Voici cette division :

I. Myomes développés dans la paroi vasculaire par prolifération de ses éléments musculaires (*Angiomyomata cutis*). Ces tumeurs sont habituellement circonscrites, solitaires et situées dans la profondeur.

Par rapport aux nerfs, ce sont des tumeurs irritables (*Ganglio dolorosum myomatosum*).

II. Hyperplasies des muscles redresseurs des poils :

a) Faisant partie de tumeurs vasculaires (Virchow);

b) Formant des tumeurs multiples.

III. Néoplasmes développés dans la couche musculaire profonde de la peau (Myomes dartoïques, Besnier);

a) Diffus, sous forme d'éléphantiasis lymphangiectasique, et de pachydermie myomateuse.

b) Circonscrits. Ces derniers sont polypeux, télangiectasiques, multiples et dans ce dernier cas douloureux.

IV. Myomes pénétrés secondairement dans la peau ou développés aux dépens de bourgeons détachés.

Il y a là confusion entre l'anatomie pathologique générale et la pathologie cutanée proprement dite ; sans aucun doute, cette dernière ne peut avoir de base meilleure que l'anatomopathologie ; mais la

Suite de la note des Traducteurs.

trame aujourd'hui si compliquée et si mobile des travaux de laboratoire ne doit pas prendre la place du tableau clinique, en somme le plus important.

Mêmes remarques à l'occasion des faits de myomes, au nombre de cinq, en surplus de ceux recueillis par nous, et chronologiquement antérieurs, que V. Brigidi et G. Marcacci, dans un travail important — Dei miomi cutanei (*Imparziale,* 30 settembre et 15 ottobre 1881) Anal. par Jullien, *in Annales de Dermatologie*, 2e série, T. III, 1882, p. 119 — ont retrouvés et cités ; ils appartiennent tous aux myomes solitaires ou en tumeurs, myomes chirurgicaux, lesquels concernent le chirurgien et non le dermatologiste, et ils ne doivent pas, sous peine de tout confondre, être *additionnés* avec les autres.

Voici l'indication de ces faits d'après ces auteurs distingués :

Klob (*Path. Anat. der Sexualorgane,* 1864). Deux observations de tumeurs mammaires observées chez la femme, toutes les deux à la mamelle ; l'une de la grosseur d'une « pomme », l'autre d'une « cerise ». — Sokoloff (*Virchow's Archiv.*, 1873). Une tumeur (toujours chez une femme) du mamelon, de la dimension d'une « noix muscade ». — Axel-Key (*Hygica shra sallns forth*, 1877). Tumeur du volume d'une grosse noix muscade, ayant son siège à la face palmaire de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du médius. C'était un lymphangiome myofibromateux. Enfin, Santesson (*eodem loco*). Une tumeur de la même nature située au côté externe de la cuisse à droite.

Il en est de même du fait suivant examiné histologiquement :

Cas de myome sous-cutané ayant dépassé le volume d'une noix, unique, que portait depuis son enfance, dans la paume de la main droite, un jeune homme opéré par le professeur Lumnitzer. Voy. Különlenyomat az « Orvosi Hetilap » 1882. — Voy. *loc. sup. cit.*, 1883.

Depuis la publication de notre travail, deux observations analogues ont été produites ; aucune n'a été retrouvée dans la littérature antérieure.

En 1880, un de nos élèves les plus distingués, X. Arnozan, reconnaissait, *à première vue*, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un cas de myomes cutanés multiples, et il en donna, en collaboration avec Vaillard, la relation histologique et clinique très complète à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, dans la séance du 7 décembre 1880.

L'année suivante, mars 1881, V. Brigidi et G. Marcacci, *loc. sup. cit.*, observèrent à l'hôpital Sainte-Lucie un nouveau fait de myomes simples multiples, firent l'examen biopsique des tumeurs, et publièrent au mois de septembre leur très belle observation.

En 1890, Jadassohn, dans un très important travail — Zur Kentniss der Myoma der Haut., Separ. Abdr., *Virchow's Arch. F.* 121 — rap-

Suite de la note des Traducteurs.

porte deux cas de myomes multiples observés par lui à la clinique de Breslau.

En voici le résumé que nous donnons à cause de leur intérêt, et de leur nouveauté :

Cas I. — Jeune fille de vingt-neuf ans. — Début remontant à plus de dix ans.

Toute la surface d'extension du bras droit, la paroi postérieure du creux de l'aisselle et une surface de la largeur de la main s'étendant sur le dos jusque vers la base de l'épaule, sont envahies.

Quelques petites efflorescences, disposées en bandes, s'observent en outre sur les parties les plus latérales de la fosse sous-claviculaire. Les altérations sont surtout prononcées au milieu du bras et de l'avant-bras.

Les plus petites efflorescences sont de simples papules à bords nets, rondes ou légèrement ovales, faisant une légère saillie au-dessus de la peau, intra-dermiques; de coloration rouge clair; disparaissant à la pression, consistance ferme, épiderme normal, mince et lisse, légèrement plissé en quelques points.

A côté de ces papules se trouvent des tumeurs de forme irrégulière, presque hémisphériques, dont quelques-unes ont la grosseur d'une noisette et dont la consistance se rapproche de celle d'un tissu cicatriciel résistant ; leur couleur est plus foncée que celle des papules ; à la pression, il ne reste qu'une légère teinte jaunâtre ; quelques-unes présentent à la surface la forme d'un segment sphérique aplati et leur sommet est occupé par un tissu cicatriciel de cautérisations antérieures. Il existe en outre un grand nombre de formes intermédiaires; à première vue, elles ressemblent à des plaques d'urticaire. Les nodosités sont toutes intra-dermiques. Elles sont plus ou moins rapprochées. Les poils lanugineux, fins et peu abondants, sont bien conservés même sur le sommet des tumeurs. Entre les nodosités, la peau est saine. La sensibilité est partout normale, la pression sur les plus grosses nodosités est très douloureuse. La malade accuse des *accès douloureux spontanés* qui surviennent sept à huit fois par jour, souvent aussi jusqu'à quinze fois, et qui, la nuit, interrompent le sommeil presque toutes les heures. Ces accès commencent à l'avant-bras sur les nodosités les plus développées « comme si quelqu'un pinçait très fortement cette partie », et de là, s'étendent très rapidement vers la main. Chacun des accès dure environ dix minutes.

Cas II. — Femme de trente-sept ans. Début sur le bras droit, dans la première année de la vie, à la suite de la vaccination.

Du milieu du bras jusqu'au poignet, toute la surface d'extension est parsemée d'efflorescences dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, elles sont rouge mat, les unes rondes, les autres de forme ovale allongée; sur l'avant-bras seulement, quelques papules isolées sur la surface de flexion. Les nodosités plus ou moins confluentes ont leur siège dans la peau d'ailleurs normale ; elles sont plus ou moins saillantes.

Les phases initiales du processus sont nettement accusées; les plus petites papules, de couleur claire, mais de consistance très ferme qui sont particulières à toute l'affection, s'observent surtout à la périphérie des régions envahies, et l'on constate ici, d'une manière évidente, que la papule s'est développée sur un follicule pileux de chacune; huit de ces petites formations sont l'extrémité d'un poil lanugineux.

Sur la zone du bras où la malade affirme que les efflorescences ont dis-

Suite de la note des Traducteurs.

paru, on voit quelques plaies, un léger changement de coloration et une élevure à peine visible, limitées à des parties bien circonscrites, qui sont indiquées par la malade comme les restes de nodosités plus développées. On observe ainsi le même état sur le coude où il semble qu'il y ait eu une résorption. Ni troubles subjectifs, ni troubles objectifs de la sensibilité, les nodosités ne sont pas très douloureuses, même à une forte pression.

Dans le premier cas, l'*examen histologique* montra le type caractéristique des myomes à fibres lisses (les myomes lœvicellulaires, leiomyome de la peau). Les plus grosses nodosités présentaient à la coupe une forme elliptique, leur masse gris rougeâtre s'étendait d'une part jusqu'à l'épiderme, dont elle était séparée par une bande mince de tissu dermique blanc, d'autre part jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, microscopiquement leurs contours se détachaient nettement du pourtour.

Au microscope, l'épiderme était bien conservé, mais — notamment au sommet de la tumeur — très aminci et plus fortement pigmenté qu'à l'état normal dans sa couche basale. Les papilles sont partout bien accusées, quoiqu'elles soient en général basses — elles ne sont nulle part complètement effacées; le corps papillaire a également son contour et ses éléments normaux; — çà et là, dans son tissu pauvre en cellules, sont disséminés de petits foyers, arrondis ou irrégulièrement allongés de cellules rondes à noyaux bien conservés, fortement teintés non fragmentés; en des points tout à fait isolés, ces bandes se ramifient, une branche se divise en deux rameaux dirigés en général vers l'épithélium — suivant le trajet des vaisseaux; — ce n'est que dans des circonstances très favorables qu'on arrive à distinguer l'orifice d'un petit vaisseau revêtu d'endothélium.

Le néoplasme commence immédiatement en dessous du corps papillaire : son bord n'est pas net, on rencontre d'abord des traînées isolées des muscles lisses, séparés par de larges bandes de tissu conjonctif, ces traînées se rapprochent de plus en plus, de telle sorte que la masse principale de la tumeur se compose de faisceaux musculaires serrés les uns contre les autres. Latéralement le passage du néoplasme dans le tissu dermique normal n'a pas lieu brusquement; sur une large étendue on voit encore les traînées de tissu connectif alterner avec les fibres musculaires qui deviennent de plus en plus rares à la périphérie et finissent par disparaître complètement.

Les faisceaux musculaires sont de forme variable et suivent toutes les directions, ils forment des compartiments polygonaux serrés les uns contre les autres, noyaux pusiformes; les cellules musculaires présentent leur forme caractéristique; elles sont colorées par la safranine et ne se distinguent des cellules musculaires normales ni par leur grosseur ni autrement.

Au centre de la tumeur, les faisceaux musculaires sont séparés par des traînées très fines de tissu connectif fibrillaire qui augmentent d'épaisseur vers la périphérie. Amas de cellules rondes en nombre variable et de grosseur diverse dans les interstices des faisceaux musculaires et analogues à ceux qui se trouvent dans le corps papillaire.

Le plus gros amas de cellules rondes sont au voisinage des glandes sébacées et des glandes sudoripares qui se trouvent dans le néoplasme, les premières principalement dans les parties superficielles, les secondes dans la portion inférieure de la tumeur.

Une solution acide de fuchsine permet de reconnaître que toute la masse musculaire est traversée et accompagnée d'un réseau très fourni de fibres élastiques, Mastzellen d'Ehrlich, abondantes surtout dans le corps

Suite de la note des Traducteurs.

papillaire, plus rares dans le tissu connectif interstitiel.

Nulle part il n'existait de rapport déterminé entre ces petites tumeurs et les éléments normaux de la peau.

Dans le deuxième cas, l'examen histologique de deux petites papules montra les mêmes lésions que dans le premier cas. Les seules différences étaient l'absence des amas et nids de cellules rondes qui entouraient les vaisseaux à l'intérieur et en dehors de la tumeur, c'est à peine s'il en existait des traces.

Les deux faits observés par l'auteur viennent à l'appui de l'ancienne hypothèse que les myomes multiples de la peau procéderaient des muscles érecteurs des poils. Chez la deuxième malade, on constatait que les plus petites tumeurs s'étaient développées immédiatement autour d'un follicule pileux; et au microscope on voyait un follicule occupant à peu près le centre, et étroitement enveloppé par la masse de la tumeur. L'auteur ne saurait dire s'il s'agit ici de l'expression d'une légère réaction inflammatoire chronique, occasionnée par la pression de la tumeur en voie de développement — comme on l'observe si fréquemment autour des tumeurs malignes, — ou d'une combinaison de myome avec un fibrome à nombreuses cellules si fréquente précisément dans les cas de tumeurs bénignes de la peau (nævi, verrues molles, etc.). L'absence de ces productions dans le cas de Besnier ainsi que dans le deuxième cas de l'auteur — dans lesquels les douleurs faisaient aussi défaut et par suite la pression de la tumeur sur les éléments normaux était moindre, ainsi que leur localisation spéciale autour des vaisseaux ou des glandes, seraient en faveur de la première hypothèse.

C'est donc, en réalité, de six faits (cinq observations cliniques et histologiques, et le fait histologique de Verneuil) que se compose l'histoire dermatologique propre des myomes de la peau. On pourrait discuter l'adjonction à ces observations du cas de Virchow, que nous avons rapporté dans notre premier mémoire, p. 36 ; mais après examen attentif, ce cas, bien qu'un peu ambigu — myome télangiectasique, dépourvu de fibres élastiques, et à tumeurs multiples groupées dans la région du mamelon — appartient à la catégorie des myomes dartoïques.

L'âge des sujets atteints de myomes cutanés généralisés a varié de vingt-sept à soixante ans et au-dessus ; aucune condition causale n'a pu être relevée. Quatre malades sur cinq appartenaient au sexe féminin.

Dans tous les cas, l'évolution est lente, et se fait par années. Les éléments initiaux sont représentés par une tache lenticulaire, une papule légère, un petit bouton rouge », et dans le cas de Brigidi et Marcacci, par une petite « tache ecchymotique ». Habituellement, les tumeurs sont indolentes à toutes les périodes; à peine un peu prurigineuses; elles étaient, au contraire, extraordinairement douloureuses *à la pression* dans notre fait personnel, et le siège de *douleurs spontanées* à forme paroxystique dans le cas d'Arnozan et Vaillard, ainsi que dans le premier fait de Jadasshon, bien qu'à un moindre degré.

Ces différences ne peuvent être rattachées qu'à la disposition réciproque des éléments hypermusculaires et nerveux, à la localisation anatomotopographique des tumeurs; JADASSOHN les rapporte à la pres-

QUARANTIÈME LEÇON

ANGIOMES (1)

Néoplasmes vasculaires sanguins et lymphatiques.

Les néoplasmes vasculaires comprennent toutes les productions pathologiques de la peau, constitués en tout, ou en majeure partie, par des vaisseaux dilatés et de nouvelle formation. Il faut les diviser en néoplasmes vasculaires sanguins et lymphatiques.

Les néoplasmes vasculaires sanguins, angiomes proprement dits,

---

Fin de la note des Traducteurs sur les dermatomyomes.

sion des tumeurs sur les fibres nerveuses, et aux contractions réflexes des fibres musculaires.

L'*évolution* des myomes éruptifs est lente, prolongée, successive : une fois produites, les tumeurs persistent indéfiniment au même degré après avoir atteint un volume toujours restreint, dont le plus considérable a été comparé à celui d'une noisette.

Elles sont principalement lenticulaires, ou pisiformes; rosées, rouges, ou de coloration normale. Elles ne paraissent astreintes à aucune systématisation, sauf leur *alignement* partiel dans quelques cas.

Leur *diagnostic* s'établit aisément par exclusion; dans les cas ambigus, l'examen biopsique pourra, comme dans les observations ci-dessus, confirmer le diagnostic.

La *bénignité* de ces dermatomyomes est absolue ; leur indolence habituelle en rend le *pronostic* fort bénin. Il ne faut faire réserve que pour les cas à douleurs *spontanées* paroxystiques, lesquels sont des plus pénibles; ils peuvent être extirpés ou détruits, sans aucune crainte de récidive ; ils n'ont aucune tendance ulcérative.

Il est inutile de dire que leur.traitement médical n'existe pas. Nous supposons que l'on pourra soulager ou supprimer la douleur des myomes cutanés en les soumettant aux scarifications interstitielles convenablement pratiquées, ainsi qu'on le fait, à la proposition de Vidal, pour les chéloïdes hyperalgésiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) *Angiomes* ou *angionomes*, angioses d'Alibert ; *radical* fixe αγγειον, vaisseau, dans l'acception la plus générale : artères, veines, lymphatiques.

Suffixes irréguliers, conventionnels : νομή, lésion, ulcération ; angioses, pour angionoses — νοσος ; *ome*, désinence conventionnelle pour les lésions formant tumeur. Au singulier, le terme d'angiome, crée par Virchow, est synonyme de *hématangiome*, de tumeur érectile; les angiomes lymphatiques sont désignés sous le nom de *lymphangiomes*.

E. B. — A. D.

présentent des manifestations cliniques qui font aisément deviner leur constitution anatomique ; par leur couleur et leur configuration, on voit qu'ils sont formés par des vaisseaux remplis de sang ; ils disparaissent momentanément sous la pression du doigt. Mais, outre ces caractères communs, les angiomes présentent un certain nombre de variétés, qui ont permis de les distinguer en : 1° télangiectasie, 2° nævus vasculaire, 3° angioéléphantiasis, 4° tumeur caverneuse.

Les télangiectasies (τελος, ἀγγιον, ἐκτασίς) sont constituées par la dilatation et la néoformation des capillaires et des plus fines ramifications vasculaires de la peau, survenues pendant la vie intra-utérine. Elles apparaissent sous forme de taches, de petites tubérosités, de varicosités d'une coloration variant du rouge pâle au violet foncé, de la dimension d'un grain de pavot ou plus encore, pâlissant sous la pression du doigt ; ou sous forme d'une rougeur diffuse parsemée de ramifications vasculaires donnant un aspect marbré aux couches superficielles de la peau.

L'absence d'élévation de température, de douleur, de gonflement et la persistance de la rougeur et des ramifications vasculaires, empêchent de les confondre avec les rougeurs dues à l'hyperhémie ou à l'inflammation. Les télangiectasies sont idiopathiques ; elle apparaissent rarement dans l'enfance, plus souvent pendant l'âge adulte, et se multiplient avec les années. La peau délicate des paupières, des ailes du nez, des joues, des oreilles, du cou, est leur siège de prédilection ; on les observe plus rarement sur le dos des mains ou sur d'autres régions du corps où elles sont moins apparentes. Sur le bord des lèvres et la muqueuse buccale, on trouve de ces petites tumeurs vasculaires, turgescentes, bacciformes, et dont la blessure donne lieu à de fortes hémorrhagies.

On observe des télangiectasies consécutives, dans l'intérieur et au pourtour des cicatrices, qui détruisent une partie des capillaires pendant que les autres se dilatent et s'étendent. Elles occupent souvent, et d'une façon persistante, les points de la peau qui avaient été épargnés par la maladie primaire, par exemple, dans le lupus érythémateux, le lupus, etc. Telles sont aussi les ectasies vasculaires qui se montrent sur les tumeurs par suite de pressions, de tiraillements. Les télangiectasies appartenant à l'acné rosée et qui se développent sur le visage sont symptomatiques ; de même que les cyanoses périphériques survenant à la suite d'obstacle à la circulation centrale (tumeurs intrathoraciques, pleurésie, lésions cardiaques, ainsi que dans certaines formes d'atrophie du derme (voy. T. II, p. 242) (1).

---

(1) Le terme de *télangiectasie* — τέλος, fin ; τῆλε, loin, extrémité ; αγγεῖον, vaisseau, ἔκτασις, dilatation, dilatation des vaisseaux éloignés du centre,

Les télangiectasies varient peu ; tandis que certaines ramifications vasculaires disparaissent, d'autres se développent à leur place.

---

des capillaires, n'a absolument pas d'autre signification propre que celle que lui donne sa composition étymologique.

En dermatologie, le mot de télangiectasie est surtout appliqué à représenter les dilatations capillaires élégantes que l'on observe à la peau sous forme d'*arborescences*, d'*arborisations*, de *ramifications*, d'*étoiles*, etc. ; souvent très fine, dans une nappe en apparence érythémateuse, elles ont besoin quelquefois, pour être perçues ou étudiées, d'être examinées à la loupe.

Les dilatations manifestement veineuses, et plus ou moins irrégulières, portent plus régulièrement le nom de *varicosités*.

C'est sans aucun fondement que divers auteurs ont voulu particulariser la dénomination de télangiectasie, l'appliquer à une affection déterminée, le cancer vasculaire, ou s'en servir, les uns pour spécifier les ectasies capillaires congénitales, les autres, les dilatations *acquises*, ainsi que le fait, par exemple, Radcliffe Crocker, *loc.*, *cit.* p. 500. Une télangiectasie peut être *congénitale* ou *acquise ;* elle peut être *primitive*, idiopathique, constituant elle-même la lésion, ou au contraire, être consécutive, *secondaire*, symptomatique.

Dans ce dernier cas, elle appartient à un grand nombre de processus morbides différents, et ne représente que l'un des éléments pathologiques d'une affection classée ; si la dénomination entre dans la terminologie de cette affection, c'est purement à titre qualificatif, pour indiquer une espèce uniforme ou une variété : acné, verrues, carcinome, etc., *télangiectodes* ou *télangiectasiques*.

Les télangiectasies idiopatiques congénitales ne sont autres que les *nævi vasculaires ;* elles sont utiles ou multiples, simples ou mixtes.

Les télangiectasies acquises sont *localisées* ou disséminées, *généralisées ;* les premières dépendent soit d'un état pathologique local préalable, soit d'un trouble central de la circulation, accusé particulièrement dans des régions où la circulation en retour est anatomiquement laborieuse, comme à la face, par exemple.

Les télangiectasies disséminées ou *généralisées* constituent tantôt un résultat manifeste de l'asphyxie chronique (asystolie, cyanose, asthme chronique), et elles ne représentent alors qu'un état accessoire au point de vue dermatologique. Mais, dans d'autres cas, ces télangiectasies, sous diverses variétés morphologiques, s'observent chez des individus jeunes encore, n'ayant à l'état manifeste aucune des lésions centrales que nous avons énumérées tout à l'heure.

Faut-il, pour ces cas, supposer qu'une cause névropathique centrale, latente, donne lieu à une dilatation paralytique des réseaux vasculaires du derme? ou bien cette distension n'est-elle encore que le résultat de troubles d'hydraulique circulatoire d'origine obscure et spéciale, comme certaines lésions du rein, par exemple? C'est là une question qui a été soulevée, avec la discrétion convenable. en face d'observations non complètes, par notre distingué confrère le Dr Vincenzo Tanturri, de Naples — Voy. *Un caso di dermostasi ven. gener. idiop*, in *il Morgagni*, t. XXI,

Le nævus (1) vasculaire, tache vasculaire, est constitué par une vascularisation anomale du tégument, congénitale ou développée pendant les premiers mois de la vie (2) et présentant des aspects variés et divers degrés d'intensité. Il apparaît sous forme de tache diffuse, comme une tache d'encre, de couleur rouge violet jusqu'à rouge bleuâtre ou grise, s'accompagnant ou non d'une légère turgescence de la peau, — nævus en flamme, tache de feu, nævus simple, angiome simple (Virchow); ou bien, sous forme de tumeur turgescente, parfois même pulsatile, occupant une étendue grande comme un pois ou plus encore, proéminente, à surface

---

p. 561, analysé par Jullien, in *Annales de Dermat.*, etc., 1880, 2e série, T. I, p. 338.

En 1879, Hillairet nous a montré dans sa division un cas très remarquable de télangiectasie variqueuse, généralisé, chez un homme adulte. En 1880, Vidal a présenté à la Société des hôpitaux une femme de trente et un ans, névropathique, atteinte « d'urticaire » à quatorze ans, puis peu après de taches rouges, siégeant d'abord au bras et à la poitrine, devenant violettes pendant l'émotivité, ultérieurement généralisées avec prédominance dans la partie supérieure du corps, et se mamelonnant par places, etc. (Voy. pour complément, l'observation complète dans les *Bulletins* et *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux* pour 1880 et dans l'*Union médicale*, même année). Si l'hypothèse pathogénique rénale est vraisemblable (par la terminaison par néphrite aiguë scarlatineuse mortelle) dans le cas de Tanturri, l'hypothèse névropathique semble s'imposer dans l'observation de E. Vidal.

Enfin nous avons vu les télangiectasies diffuses, généralisées, être le prélude de quelques grandes *dermatoses malignes*, encore obscures.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) En lui-même le mot de *nævus*, marque, tache (Cicéron, qui était un *marqué*, a employé le mot dans ce sens) n'a pas de signification propre qui veuille dire que la marque est *congénitale;* mais en fait le qualificatif de *maternus* est sous-entendu, et le mot s'applique, en réalité, à toutes les taches, marques *de naissance* vasculaires ou autres, lesquelles sont toujours le résultat d'une aberration formative constitutionnelle, intra-utérine. E. B. — A. D.

(2) Il importe essentiellement de préciser que tous les *nævi* ne sont pas nécessairement constatables, et encore moins constatés *au moment de la naissance;* ils peuvent être minuscules, imperceptibles, latents, ou même n'avoir pas fait encore efflorescence *à la surface*. Il arrive, sans cesse, que l'on rencontre des lésions que leurs caractères cliniques, aussi bien que leurs caractères histologiques, démontrent être des nævi (vasculaires ou autres) que les parents, ou les sujets, déclarent n'exister que depuis un temps remontant plus ou moins loin après la naissance. Le médecin doit enregistrer ces renseignements, mais ne leur accorder qu'une valeur relative, et conserver sa liberté de jugement.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

lisse ou verruqueuse, — angiome proéminent, nævus tuberculeux, angiome caverneux (Virchow), fongus hématode de quelques auteurs, télangiectasie veineuse (Schuh), tumeur vasculaire érectile (Dupuytren), anévrysme spongieux, etc. Les nævi ont la propriété de pâlir quand on les comprime et tant que dure cette compression ; en apparence, nettement limités à leur surface, ils envoient dans la profondeur des prolongements dans toute la région avoisinante. Ils siègent le plus souvent à la tête, plus rarement au tronc, aux membres ou aux parties génitales (1).

On les trouve au nombre d'un ou de plusieurs, combinés localement avec des taches pigmentaires ou verruqueuses, — angiome pigmentaire et verruqueux. Les angiomes qui siègent à la face deviennent turgescents sous l'influence de toutes les causes qui entravent le cours du sang (toux, cris), et pâlissent par l'action de causes contraires (syncope) jusqu'à n'être plus reconnaissables (2).

L'évolution des taches vasculaires varie suivant les cas. La plupart d'entre elles s'accroissent pendant les premiers mois ou les premières années de la vie, et quand elles ont acquis une certaine étendue, elles peuvent persister indéfiniment, ou ne se modifier qu'à un âge avancé ; elles peuvent alors rétrograder ou augmenter encore. D'autres disparaissent spontanément par oblitération lente des vaisseaux pendant les premières années de la vie ; à leur place il reste une tache blanche, luisante, cicatricielle ou pigmentée. Ceci s'applique au nævus en flamme diffus, et à l'angiome simple. Au contraire, les tumeurs vasculaires plus volumineuses et turgescentes (tumeur vasculaire spongieuse, fongus hématode, télangiectasie veineuse, Schuh), tendent rapidement ou après une période stationnaire de plusieurs années, à s'étendre en surface et en profondeur (angiome tardif, Virchow); elles embrassent alors la muqueuse avoisinante des joues, de la langue, de la conjonctive, etc., et se propagent vers les tissus sous-jacents, pannicule adipeux, muscles, gaines nerveuses, os, qu'elles usent ou déplacent. En prenant un développement aussi marqué, elles changent aussi leur caractère anatomiqne et clinique. Elles arrivent à former de vastes

---

(1) On les observe aussi sur les muqueuses de rapport; sur la conjonctive, en coïncidence avec des nævi semblables ou divers points de la même région, ou de régions éloignées. — Voy. une très belle observation avec chromographie dans un Mémoire dû à Armaignac — Sur les nævi de l'œil et des parties voisines, *in Mém.* et *Bullet. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1886, p. 310 et suiv.

E. B. — A. D.

(2) A un degré variable, cette action se produit, et peut être constatée dans toute l'étendue du tégument; elle n'est pas exclusive à la face.

E. B. — A. D.

tumeurs occupant, par exemple, tout un membre supérieur, la cuisse ou le dos; tumeurs dures, granuleuses et noueuses, compressibles comme une éponge, turgescentes, se gonflant spontanément par suite d'une position déclive, s'affaissant dans la position inverse; d'une structure lobulaire (éponge vasculaire lobulaire, Rokitansky, Schuh), et qui, en comprimant et déplaçant les tissus, font dégénérer les muscles et les nerfs, et arrivent même à atrophier les os. Dans un certain nombre de cas, des névromes douloureux en constituent un élément important ou même une forme spéciale (Hecker, Czerny). Elles ont rarement leur point de départ dans les tissus sous-cutanés, mais le plus souvent dans le pannicule adipeux; elles envahissent petit à petit la peau et représentent la forme de tumeur vasculaire, connue sous le nom d'angioéléphantiasis (Virchow), angiome éléphantiasique, ou lipomatode, ou nerveux (1).

La structure anatomique de l'angiome est, suivant la forme, très simple ou très compliquée, et elle a reçu des interprétations très diffé-

(1) Au point de vue pratique, nous divisons les nævi vasculaires en nævi *lisses*, *ponctués*, *élevés*, *profonds* (hypodermiques et sous-cutanés).

a) Les *nævi* lisses, *maculeux*, taches érectiles, sont très communs, on les désigne vulgairement sous le nom de *taches de vin;* leur lieu d'élections est la face, où ils occupent souvent de grandes nappes, *latéralisés* et quelquefois *systématisés*, répandus plus ou moins irrégulièrement sur un côté entier du corps — nævi hémiplégiques. Leur coloration livide est diffuse, le caractère télangiectasique peu accentué. Quelquefois simples, les *nævi en taches de vin* sont d'autrefois irréguliers, un peu élevés, bourgeonnant, présentant des saillies partielles, ou des éléments de nævus verruqueux, hypertrophique, etc.

b) Les *nævi télangiectasiques ponctués*, *stellaires*, extrêmement communs, composés d'une petite ponctuation sanguine légèrement élevée, forment houppe centrale, de laquelle émergent en rayonnant des télangiectasies qui se ramifient plus ou moins loin. Ils disparaissent sous la pression du doigt, augmentent dans les cris, etc.; ce sont de véritables tumeurs érectiles en miniature, des angiomes télangiectasiques véritables.

c) Les *nævi élevés*, formant *tumeur*, entièrement vasculaires, tumeurs érectiles, généralement simples, quelquefois mixtes, représentant plus ou moins grossièrement des fruits : mûres, fraises, framboises, etc., et qui ont si vivement frappé l'imagination du vulgaire.

d) Les *nævi vasculaires* « *sous-cutanés* » — *tumeurs érectiles hypodermiques* — et même *vraiment sous-cutanés*, c'est-à-dire ayant une base *sous-aponévrotique*, qui peuvent être *simples*, c'est-à-dire laisser la peau absolument intacte à la surface, où le relief seul est accusé, ou, au contraire *mixtes*, c'est-à-dire, à la fois, hypodermiques et dermiques.

Ces distinctions, nous le rappellerons tout à l'heure, sont essentielles au point de vue du pronostic et du traitement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

rentes suivant les progrès de l'histologie pathologique. Je renvoie ici aux travaux si connus de Rokitansky, Schuh, Weld, Virchow, Billroth, Recklinghausen, Weinlechner et aux traités classiques d'anatomie pathologique, et je me bornerai à quelques considérations.

Les angiomes simples, qui ne présentent pas de proéminence, ont leur siège dans le corps papillaire et la couche supérieure du chorion; d'après leur coloration rouge clair ou rouge foncé, on peut dire s'ils contiennent plus de vaisseaux artériels ou plus de vaisseaux veineux. Pour les angiomes étendus et profonds, il n'y a pas à tenir compte de ces différences dans les vaisseaux. Du reste, les angiomes simples, comme les plus compliqués, sont formés de vaisseaux anciens et nouveaux plus ou moins dilatés, contournés, communiquant les uns avec les autres; mais même dans les plus simples, on remarque déjà une production de tissu conjonctif jeune autour de la tunique adventice, production qui détermine les principales différences dans la structure histologique des angiomes. C'est dans le nævus en flamme que cet accroissement et cette prolifération vasculaires sont le moins marqués. Un degré plus avancé est celui qui est formé par des ramifications primaires et secondaires, contournées, enroulées sur elles mêmes, pelotonnées. La trame de ces angiomes se présente sous forme de petits lobules isolés; d'après Billroth, cela tient à ce que les divers vaisseaux destinés soit aux glandes sudoripares, aux follicules pileux, aux glandes sébacées, aux aréoles graisseuses, sont pris isolément. Tandis que dans ces formes, les pelotons vasculaires constituent l'élément essentiel, on observe dans les grandes tumeurs vasculaires, outre des vaisseaux dilatés, communiquant entre eux et donnant à la coupe un aspect criblé, une prolifération excessive de tissu conjonctif jeune, gélatineux, et exceptionnellement des névromes et des aréoles graisseuses. Selon les cas, ces tumeurs sont alors désignées sous le nom d'angiome éléphantiasique, ou éléphantiasis angiomateux, angiolipomatode nerveux.

La tumeur caverneuse vraie se distingue de toutes les tumeurs vasculaires décrites jusqu'ici par une trame de tissu conjonctif dense, la limitant de toutes parts, et envoyant dans son intérieur un certain nombre de cloisons primaires ou secondaires qui la divisent en un grand nombre de loges, plus ou moins spacieuses. Toutes ces lacunes contiennent du sang et sont en communication, les unes avec les gros vaisseaux de la tumeur, les autres avec ceux des parties voisines. Certains auteurs (Rokitansky, Fleischl) pensent que la tumeur caverneuse provient des vaisseaux cutanés préexistants; d'autres (Virchow) la croient au contraire complètement indépendante des vaisseaux, avec lesquels elle ne communiquerait que consécutivement, tandis que Rind-

fleisch l'attribue à une néoformation de tissu conjonctif développée le long des vaisseaux et qui, en se rétractant, les dilate (1).

Quant aux causes des nævi vasculaires, nous sommes forcé, à part quelques cas qui ont pu être attribués à certaines dispositions fœtales (Virchow), d'avouer notre complète ignorance (2). On sait que, pour les nævi vasculaires comme pour les autres, on a fait jouer autrefois un grand rôle aux « envies des femmes enceintes ». On les trouve plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Les taches vasculaires, par la difformité qu'elles occasionnent et le danger d'un accroissement illimité, constituent en général une affection sérieuse. De plus, les nævi turgescents, toujours exposés aux conséquences d'un traumatisme, les angiomes caverneux étendus, par les douleurs lancinantes et névralgiques qui s'y manifestent, et par les complications inflammatoires et gangréneuses qui peuvent s'y produire, sont une incommodité et peuvent devenir un danger. Cependant ces dernières complications amènent parfois la suppuration, la rétraction et la disparition du nævus (3).

Le pronostic, touchant la signification et la terminaison du nævus, exige une grande prudence. Il est en général plus favorable dans le cas de nævus plat, en forme de tache, que dans celui de tumeur tubéreuse et turgescente. Toutefois aucun signe ne permet de dire à

---

(1) Il serait difficile, sans usurpation et sans double emploi, de rapporter à la dermatologie proprement dite la question entière des angiomes cutanés et sous-cutanés, qui appartient à la pathologie chirurgicale. L'exposition la plus récente et la plus originale que nous puissions signaler au lecteur est celle de QUENU, Des tumeurs, *in Traité de chirurgie de* S. DUPLAY et P. RECLUS, chap. VII, 1° *Angiomes*, p. 475; il y trouvera, avec des figures histologiques multipliées, l'exposé lucide et entier du sujet. E. B. — A. D.

(1) PARKER — *Clin. Soc. of. London*, 1886, *cit.* QUENU — sur 564 cas, compte 365 filles et 172 garçons.

Nous avons signalé — 1re *édit.* de cette *Traduction*, T. II, *note* 1, p. 227, l'existence *très commune*, même chez les hommes, d'une tache sanguine à la partie la plus élevée de la nuque, au niveau même de la bordure postéro-inférieure du cuir chevelu. Ceux qui examinent un grand nombre de sujets ayant la tête rasée seront à même de constater l'exactitude de notre observation. E. B. — A. D.

(2) Les nævi peuvent, en outre, subir des altérations de tissu, transformations *mali moris*, de même que les tumeurs diverses, les carcinomes en particulier peuvent devenir angiomateux; le fond de cette question appartient d'ailleurs à la pathologie chirurgicale; nous complétons seulement la notion du pronostic *général* des angiomes cutanés.

E. B. — A. D.

l'avance si telle tache vasculaire restera stationnaire, ou disparaîtra spontanément, ou prendra au contraire le développement excessif que nous avons décrit plus haut. Mais comme ces diverses éventualités se manifestent dès les premiers mois ou les premières années de la vie, il s'ensuit que l'observation de la marche du nævus servira de règle pour le pronostic et le traitement. Dans le cas de nævi, qui semblent rester stationnaires, on peut attendre; pour ceux, au contraire, qui tendent manifestement à se propager, il faut intervenir de bonne heure.

Les moyens thérapeutiques devront être choisis d'après le degré et l'étendue de l'angiome. Les télangiectasies seront détruites par les divers moyens dont nous nous sommes occupés à propos de l'acné rosée (V. T. I[er], page 756).

Les taches de feu planes, et même les petites tumeurs vasculaires, verruqueuses et pigmentées, pourront être extirpées à l'aide de l'instrument tranchant. Les autres moyens thérapeutiques dirigés contre les angiomes turgescents ont pour but la coagulation lente ou rapide du contenu des vaisseaux et la disparition consécutive de ces vaisseaux eux-mêmes; telles sont la compression locale et les applications froides, la ligature de quelques-uns des plus gros vaisseaux afférents, l'injection de perchlorure de fer, de chlorure de manganèse, de cantharidine, et d'autres substances semblables (qui, il est vrai, peuvent amener une escharification inflammatoire et une pyémie mortelle), enfin l'électrolyse.

Pour les petits nævi fongueux, l'inoculation de lymphe vaccinale a souvent donné les meilleurs résulats, qu'elle agisse : soit en provoquant par inflammation la rétraction des tissus, soit en les détruisant par le processus de suppuration, soit par le fait d'une espèce de cautérisation. De même, la cautérisation à l'aide de la potasse et d'autres caustiques, parmi lesquels l'acide azotique fumant; la galvanocaustique, le Paquelin, l'application d'emplâtre stibié (tartre stibié, 0,75, empl. adhésif, 5, Krieg, Zeissl), le collodion au sublimé.

Dans le cas de tumeurs pédiculées, on peut recourir à la ligature du pédicule, à la ligature élastique (Dittel), et à l'excision; enfin pour les grosses tumeurs des membres, l'amputation devient nécessaire (1).

(1) Ce n'est pas ici le lieu d'exposer le traitement chirurgical général des angiomes cutanés; nous avons simplement à donner les meilleurs moyens et les plus simples de traiter et de guérir les mille lésions, faciles à détruire *à leur origine*, que la grande généralité des médecins, il faut le dire, ne sait pas traiter, et partant, laisse évoluer, grandir, s'aggraver.

Leurs hésitations et leur inaction s'appuient, vaguement, sur ce fait d'observation qu'un certain nombre de taches vasculaires sanguines congénitales disparaissent *spontanément*, à une époque ultérieure; cela

Suite de la note des Traducteurs.

ne saurait être contesté, mais la fréquence de cette terminaison favorable a été certainement exagérée; elle est loin d'être la règle, et on ne saurait baser sur elle seule une détermination thérapeutique. DEPAUL — *Thèse de doctorat* de LABOULBÈNE, 1854, aurait déclaré que le « le tiers des enfants qui naissent à la clinique d'accouchements ont des taches vineuses, des nævi non proéminents ou très légèrement proéminents. Ces taches, qui ne sont causées ni par les manœuvres de l'accouchement, ni par aucune cause extérieure, sont apportées par l'enfant en venant au monde, et la plupart disparaissent dans les premiers mois de la vie. »

DEPAUL concluait de ces faits que, si le nævus est un peu saillant, on doit attendre, pour décider une intervention. Réduite à ces préparations, la temporisation est non seulement légitime, mais elle s'impose.

Ce qui reste le devoir du médecin, c'est de faire ses réserves *motivées*, de surveiller l'évolution, et si, au bout de quelques semaines, ou de quelques mois, voire même en attendant jusqu'à la fin de la lactation, on voit la tache s'étaler, grandir, s'élever, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir, chaque année de sursis augmentant la lésion dans toutes ses dimensions.

Nous jugeons la même règle applicable aux angiomes télangiectasiques qui font leur apparition, ou sont démasqués seulement dans les années qui suivent la naissance; c'est toujours la marche, l'évolution de la lésion qui doivent décider de l'intervention ou de l'abstention.

Les moyens d'action à diriger contre les nævi vasculaires que nous appelons dermatologiques, c'est-à-dire plus ou moins superficiels et ne réclamant pas le secours de la grande chirurgie, peuvent être rangés dans les titres suivants : *a*) la *compression; b*) la *destruction chimique superficielle ou interstitielle; c*) l'*irritation phlegmasique provoquée*, *simple ou spécifique* (*vaccine*); *d*) la *scarification linéaire; e*) l'*électropuncture*, l'*électrolyse*.

a) La *compression*. — Elle peut trouver des indications particulières dans tous les cas où la partie atteinte est sous-tendue par un plan résistant comme le front, la lèvre supérieure, etc.; on peut alors, à l'aide d'une bandelette de caoutchouc employée avec les précautions nécessaires à la compression élastique en général, tenter et obtenir la guérison de nævi vasculaires en plaque ou en tumeur de petites dimensions. Ce procédé réclame une certaine ingéniosité dans le détail des applications, le temps, la persévérance. Nous lui devons quelques beaux résultats.

b) La *destruction chimique superficielle ou interstitielle*. Nous repoussons à peu près complètement tous les procédés de cette sorte ; si les lésions sont légères et superficielles, l'électrolyse, l'électropuncture arrivent au même résultat plus simplement ; si elles sont considérables, le danger multiple des injections interstitielles doit les faire laisser complètement de côté.

c) *Irritation phlegmasique provoquée*. — Ce procédé qui comprend

Suite de la note des Traducteurs.

l'acupuncture simple, les applications vésicantes, etc., l'inoculation vaccinale, sont à rejeter aussi par le médecin qui a à sa disposition l'action électrique, ou électrocaustique. Si les lésions sont superficielles, ces moyens sont inutiles; si elles sont profondes, ils sont insuffisants. Pour l'inoculation vaccinale, en particulier, la cicatrice éventuelle est absolument incertaine, et moins régulière que la cicatrice réglée par une intervention immédiate et directe.

d) *Scarification linéaire quadrillée.* — Les scarifications sanglantes, recommandées surtout par Balmanno Squire — On port-wine-marck, and its obliteration without scar, *in Essays on the treatment of skin diseases*, n° III, London, 1876 — trouvent leur application dans les formes télangiectasiques *superficielles*, et dans les taches vineuses *simples*. Il est nécessaire, pour en retirer le bénéfice, de pratiquer les scarifications selon les règles que nous avons précisées — Voy. T. Ier, note 1, p. 757 — de la combiner avec la compression toutes les fois où cela est possible, et de les répéter *un très grand nombre de fois* — Voy. Ad. Colson, Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications, *Thèse de Paris*, 1878. — On aura soin aussitôt un petit lot scarifié, de faire immédiatement la compression ouatée, pendant que l'on continue le lot voisin, de façon à faire perdre au patient le moins de sang possible. Cette règle élémentaire, que nous ne cessons de prêcher, est malheureusement enfreinte trop souvent; elle demeure absolue pour les scarifications de toute espèce, mais elle est surtout de rigueur quand ces scarifications doivent, ainsi que dans le cas actuel, être réitérées à brève échéance, et un nombre illimité de fois.

Les scarifications linéaires dans le traitement des taches vineuses peuvent être exécutées sans douleur, après congélation préalable à l'aide du chlorure de méthyle *au pinceau*, mais il faut ici plus de *sûreté de main* de l'opérateur, qui doit aussi avoir appris la pratique de l'anesthésie méthylique, pour en obtenir les avantages sans en avoir les inconvénients. La congélation locale doit se faire fractionnellement, au fur et à mesure de la marche du scarificateur, bien entendu par les soins d'un aide expérimenté. Ces scarifications doivent toujours être faites avec l'aiguille unique, serrées, fines, comme des hachures de dessin; nous repoussons absolument tous les scarificateurs à lames multiples.

Quand la tache vineuse comporte, ainsi que cela arrive souvent, des centres *érectiles*, des saillies, des nodosités vasculaires, verruqueuses ou autres, tous ces derniers points doivent être, *préalablement*, détruits par la *galvanopuncture*, afin de laisser le chemin libre à la scarification qui serait insuffisante, ou donnerait lieu à des écoulements de sang trop considérables.

e) *Électrolyse; électropuncture.* L'électrolyse (électrisation interstitielle par courant continu à l'aide d'aiguilles implantées dans la partie malade) avec application aux aiguilles du pôle positif (eschare positive sèche, et action coagulante), trouve de nombreuses applications dans le traitement des tumeurs érectiles proprement dites; et elle compte de nombreux succès sans accidents, à la condition d'appliquer ce moyen

LYMPHANGIOME TUBÉREUX MULTIPLE

Je désignerai sous ce nom une production toute spéciale et que je n'ai observée qu'une seule fois. Elle était formée de plusieurs centaines de petites nodosités à surface lisse, de la grosseur d'une lentille ou plus petites, les unes arrondies, d'autres allongées, ne déterminant aucune démangeaison, brun rougeâtre, assez denses, siégeant dans la peau elle-même et que l'on ne pouvait déplacer qu'avec elle. Elles occupaient le tronc et la région du cou chez une femme de trente-deux ans qui les portait depuis son enfance, mais ne les avait vues se développer que dans les dernières années.

Fin de la note des Traducteurs sur le traitement des nævi vasculaires.

avec l'outillage convenable, les précautions antiseptiques de rigueur, et la compétence suffisante.

Mais l'électropuncture caustique, la cautérisation interstitielle à l'aide des aiguilles fines, que nous avons fait construire, et appliquées d'abord au traitement du lupus — Voy. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e Série, T. IV, 1883, 2e article, p. 378, et, pour l'outillage, les figures des pages 406, 407 — très facile à exécuter, à l'aide d'appareils très simples, constitue l'agent principal. Nous repoussons, pour ces opérations minuscules et délicates, le thermo-cautère, à cause de son rayonnement trop grand, qui fait dépasser à la pointe la plus fine les limites de l'action nécessaire et de la cicatrice inévitable.

On n'oubliera pas que les lésions à réprimer sont hypervasculaires, et que l'aiguille doit être simplement portée au *rouge sombre*, condition essentielle pour n'avoir pas d'écoulement sanguin, ou pour ne le produire qu'insignifiant, et facile à réprimer à l'aide de quelques instants de compression ouatée. Ce procédé s'applique d'abord essentiellement aux *nævi télangiectasiques ponctués, stellaires* — Voy. plus haut p. 359, note 1 — dans lesquels l'étoile télangiectasique rayonnante est peu considérable, et le noyau central miliaire; il suffit ordinairement d'une seule pointe de feu au centre du noyau pour la guérison spontanée de la radiation périphérique. Cela peut être fait absolument sans douleur en insensibilisant le point central à l'aide du chlorure de méthyle appliqué seulement au point nécessaire, à l'aide d'un pinceau fin.

Si le centre est plus étendu, ou s'il s'agit d'une tache superficielle, peu élevée, au lieu d'une pointe unique, on opère à distance de deux millimètres, un véritable tatouage avec les mêmes précautions, et l'on peut aisément en une séance, ou en un petit nombre d'applications, arriver à des résultats aussi satisfaisants que possible, à la condition de se servir d'aiguilles fines, et de ne pas dépasser les limites d'action en profondeur, ou d'application en surface.

Des applications de même ordre peuvent suffire pour des nævi plus profonds et plus considérables; mais nous n'avons pas à en traiter ici.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Cette formation avait la plus grande ressemblance avec des papules syphilitiques; nulle part cependant elle ne présentait aucune trace de régression, de desquamation, ni de dépression.

Une de ces petites nodosités, que j'ai excisée pour l'examiner au microscope, présentait à la coupe un grand nombre de perforations rondes ou ovales, et des fentes allongées, nettement limitées (figure 45, I); à un

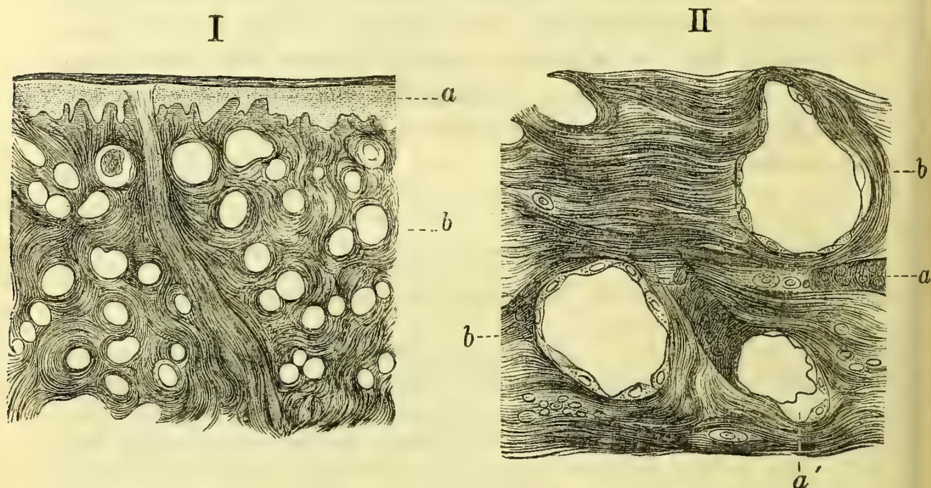


Fig. 45.

I

Coupe verticale d'une petite nodosité de lymphangiome tubéreux.

a, épiderme et couche papillaire; *b*, derme (percé comme un crible).

II

Une partie du précédent à un plus fort grossissement.

Coupe *a* longitudinale; *a'*, oblique; *b*, transversale de vaisseaux lymphatiques à parois épaissies, contenant des noyaux, et à revêtement endothélial.

plus fort grossissement (figure 45, II), on les reconnaissait pour de fins vaisseaux lymphatiques, considérablement dilatés, à parois épaissies et tapissées d'endothélium. D'où le nom de lymphangiome (tubéreux multiple) que Hebra, Biesiadecki et moi, lui avons donné. Ce qui le distingue des formes décrites (makrochilie et tumeurs) comme tumeurs lympathiques caverneuses de beaucoup d'auteurs (Billroth, Gjorgjewic, Waldeyer, etc.) dans lesquelles les lymphatiques dilatés et de nouvelle formation se développent du tissu sous-cutané vers lá peau, c'est que, dans notre cas, ces vaisseaux n'occupaient au contraire que les couches supérieures du derme. Posphelow a décrit quelques années plus tard (1879) un deuxième cas tout à fait identique au nôtre (1).

(1) Le terme de LYMPHANGIOME — *angiome lymphatique* — n'a pas encore de signification anatomique absolue; il ne peut être dissocié que théoriquement et didactiquement du terme de LYMPHANGIECTASIE

Suite de la note des Traducteurs.

— *varices lymphatiques.* De plus, il n'est pas toujours aisé de déterminer si une tumeur dans laquelle on trouve des altérations — tronculaires, radiculaires, ou lacunaires — du système lymphatique est, *primitivement*, un lymphangiome, ou si les altérations lymphatiques ne constituent qu'un phénomène *secondaire*, *accessoire*, *consécutif*, etc.

Ce n'est pas tout : les caractères histologiques des *espaces lymphatiques* anormaux, ou pathologiques, ne sont pas assez précis pour que l'on ait pu ne pas les confondre avec diverses espaces lacunaires kystiques, hématiques, etc., également pathologiques, de sorte que les auteurs les plus considérables ont décrit, comme *lymphangiomes*, des *hématangiomes*, des *épithélio-adénomes*, etc. Tel est le cas de l'affection décrite par le professeur Kaposi dans le court chapitre qu'en vient de lire sous le nom de *Lymphangiome tubéreux multiple;* tels encore, différents autres exemples d'affections dénommées *lymphangiomes*, *nævi lymphatiques, lymphangiectasies disséminées*, etc.

La présente *note* est destinée à donner une esquisse de ce sujet difficile; nous y envisagerons successivement : *a.*) quelques pseudo-lymphangiomes; *b.*) les lymphangiomes; *c.*) les lymphangiectasies.

I. Pseudolymphangiomes.

Nous réunissons particulièrement, et provisoirement, sous ce titre deux affections distinctes qui ont été décrites parmi les lymphangiomes : *a.*) les *cystadénomes épithéliaux bénins; b.*) les *hématangiomes lymphangiomatoïdes, kératoïdes, angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme.*

a.) Cystadénomes épithéliaux bénins.

Synonymie — *Lymphangiome tubéreux multiple*, Kaposi; *Idradénomes éruptifs*, E. Besnier; *épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares*, Darier; *syringo-cystadénomes*, Unna et Török; *cellulomes épithéliaux éruptifs*, Quinquaud; *épithéliomes kystiques bénins de la peau*, Jacquet.

Quatre ou cinq fois, en dix-neuf années de pratique à l'hôpital Saint-Louis, nous avons observé des cas exactement semblables à celui que le professeur Kaposi a désigné sous le nom de « *lymphangiome tubéreux multiple* », sans pouvoir arriver à la conclusion histologique qu'il a formulée. Toujours, en raison du siège d'élection, du mode évolutif, de la bénignité immuable des éléments éruptifs, nous avons déclaré que leurs caractères les rapprochaient des productions homéoplasiques aberrantes de l'ordre des nævi et, que, par induction, nous ne trouvions à incriminer que les appareils différenciés du derme, et vraisemblablement le système sudorifère.

Un de ces malades, que nous avions déjà observé antérieurement, et traité sans succès, étant revenu dans notre service en 1886, nous avons fait reproduire un type de ses éléments éruptifs par Baretta — Pièce du Musée de Saint-Louis, n° 175, sous l'étiquette de Idradénomes érup-

Suite de la note des Traducteurs.

tifs (on a inscrit par erreur *hy*dradénomes), cou et poitrine — et notre assistant distingué L. JACQUET, ayant, à notre instigation, soumis à l'examen histologique, de concours avec DARIER, des fragments biopsiques, la question est enfin entrée dans une voie progressive.

Nous ne sommes pas, avec L. JACQUET, les premiers à avoir contesté la légitimité du terme de lymphangiome appliqué à la maladie décrite d'abord par HEBRA et KAPOSI — Voyez particulièrement G. HOGGAN, On multiple lymphatic nævi of the skin, and their relation to some kindred diseases of lymphatics, Plate XVI, *in The Journ. of Anat.* et *Physiol.*, vol. XVIII, p. 304; III. Lymphang. tub. mult. p. 319 à 321; et L. TÖRÖK, Lymphangioma circumscriptum, *Monatsheft. f. prakt. Dermat.*, 1890, p. 118.

Sur l'identité de nos observations avec le fait de KAPOSI, il ne peut subsister de doutes : Si l'on compare, en effet, notre pièce du Musée de Saint-Louis — 1175, année 1886 — les descriptions clinique et histologique, avec chromographie et dessins histologiques de DARIER et JACQUET — Idradénomes éruptifs (épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares ou adénomes sudoripares), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VIII, 1887, p. 317, avec chromographie et dessin histologique; de QUINQUAUD — Note sur le cellulome épithélial éruptif (épithélioma adénoïde des glandes sudoripares de Jacquet et Darier, Idradénome éruptif de Besnier, Syringo-cystadénome de Török et Unna), Congrès de dermatologie de Paris en 1889, *compte rendu*, p. 412 et et suiv.; de L. TÖRÖK — Das Syringo-Cystadenom, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, T. VIII, p. 116 ; de L. JACQUET — Épithéliome kystique de la peau, *ibid.*, p. 416, — il est impossible de ne pas remarquer l'analogie étroite qui les relie tous les uns aux autres :

Au point de vue clinique, même siège, même aspect des éléments, même origine et même évolution, congénitalité ou innéité vraisemblables, etc.

Sous le rapport anatomique élémentaire, tous constatent qu'il s'agit de néoplasies épithéliales du type bénin, kystiques ou cystoïdes, et si l'on confronte les dessins de KAPOSI avec la planche du mémoire de DARIER et JACQUET, on y reconnaîtra aisément, dans les kystes, quelques-uns en connexion avec un cordon plein, les « lymphatiques à parois épaissies et tapissées d'endothélium » de KAPOSI, constatations déjà faites antérieurement sur notre malade par BALZER, mais non publiées.

Les sujets qui ont été observés sont jeunes, de l'un et de l'autre sexe; l'affection qu'ils présentent ne leur cause aucun désagrément matériel, à peine un peu de prurit ou de picotement quand la température de la peau s'élève; mais elle les désoblige plus ou moins au point de vue plastique pendant la période affective de l'existence, ou encore parce qu'elle est confondue avec quelque maladie suspecte, la syphilis par exemple.

Le lieu d'élection est représenté par le col et par la région thoraco-abdominale antérieure, mais l'éruption peut être rencontrée sur les autres points du tronc et des membres, particulièrement du côté de la flexion. Très nombreux, les éléments éruptifs sont lenticulaires,

Suite de la note des Traducteurs.

constitués de papulo-tubercules ne dépassant guère en profondeur l'étage moyen du derme, et ne surplombant la surface que de 1 à 3 millimètres environ. Quelquefois voisins, jamais en groupes réguliers, toujours disséminés ; au thorax très visiblement disposés en séries linéaires ou en rangées parallèles dans la direction des crêtes que couronnent les orifices sudoripares; d'une teinte rosée jaune variable; à surface non desquamative, lisse ou finement plissée, sans dépression, ni ombilic, ni ostium; d'une forme plus ou moins régulièrement arrondie ou ovalaire; à peu près de la consistance du derme normal, et variables du volume d'une épingle à celui d'un petit pois ou d'une lentille qu'ils ne paraissent pas pouvoir dépasser, quelle que soit leur ancienneté. Ils n'ont aucune tendance à la régression, progressent, puis stationnent comme les nævi, ne sont le siège d'aucune exsudation, d'aucun phénomène irritatif, ne s'ulcèrent ni ne dégénèrent; leur bénignité est absolue.

La guérison de ces lésions, aussi bien que celle des nævi, ne s'obtient que par destruction ; l'électrolyse, la galvanocaustique, le thermocautère, sont les meilleurs moyens et les plus simples. Tous les autres agents, locaux ou généraux, ont été essayés par nous sans succès.

Du consentement commun de tous les histologistes que nous avons cités (Darier, Jacquet, Unna, Török, Quinquaud), il s'agit dans cette affection de petits *épithéliomes kystiques*, de nature bénigne (il faut ajouter absolument bénigne). Les dissentiments commencent quand il s'agit d'*interpréter* les faits au point de vue de l'histogenèse : Darier croit à un *bourgeonnement émané des glandes sudoripares adultes*, tandis que Unna et Török admettent un *développement anormal des germes embryonnaires des glandes sudoripares*. Quinquaud déclare ne pouvoir reconnaître d'une manière positive et certaine l'origine exacte de ces productions.

Certes, dit-il, — *loc. sup. cit.*, p. 416, — les dimensions, la forme peuvent faire penser que l'épithélium du canal excréteur sudoral en est le point de départ (Darier), mais la chose n'est pas absolument certaine. Or, quand un fait n'est pas certain, il est préférable de rester dans le doute, tout en essayant à découvrir la vérité par tous les moyens possibles.

Nous pensons que des cellules épithéliales aberrantes peuvent devenir le point de départ du cellulome éruptif qui aurait, ainsi, une origine congénitale, avec une évolution tardive dans le jeune âge. Cette hypothèse nous paraît, pour le moment, la plus plausible et s'accordant le mieux avec la clinique et l'anatomie pathologique.

J'arrive (Quinquaud) à conclure qu'il s'agit là d'un *cellulome épithélial éruptif kystique*, c'est-à-dire d'une tumeur bénigne d'origine épithéliale. Je distingue, en effet, les tumeurs qui dérivent de l'épithélium en deux catégories : les unes, les cellulomes épithéliaux, qui sont des tumeurs bénignes ; les diverses variétés d'épithéliome classique, qui sont des tumeurs malignes.

Appuyant les doutes philosophiques émis par Quinquaud, Jacquet, selon la théorie des inclusions cellulaires de Conheim, considère que les

Suite de la note des Traducteurs.

productions épithéliales dont il s'agit sont développées aux dépens de débris para-épithéliaux erratiques, émanés à la période embryonnaire de la face profonde de l'ectoderme, ou de ses bourgeons glandulaires ; et il compare ces productions à celles que MALASSEZ a signalées dans le chorion de la muqueuse gingivale. DARIER se range, à présent, à cet avis.

Si l'on descend des hauteurs de cette anatomie de l'avenir, on peut, sans dépasser les limites du présent, considérer ces tumeurs comme des homéoplasmes épithéliaux bénins, probablement émanés de fragments aberrants des organes différenciés de la peau, d'origine innée, et dépendant de leur portion canaliculée — nævi *épithéliaux* (nous ne disons pas *épithéliomateux*) kystiques.

La dénomination de KAPOSI — *lymphangiome tubéreux multiple* — tombe d'elle-même; nous abandonnons provisoirement le terme d'*idradénomes*, parce que nous ne pouvons pas démontrer que les appareils vecteurs du système sébacé prennent part à la constitution des proliférations épithéliales; et nous rejetons le radical *épithéliome* — JACQUET, DARIER — à cause de la signification de malignité qui s'attache vulgairement à ce terme. Nous n'adoptons pas le nom de *cellulome,* proposé par QUINQUAUD, à cause de sa trop grande généralité, et nous ne croyons pas indispensable d'utiliser le mot de *syringo*, employé comme préfixe par UNNA et TÖRÖK, et nous proposons simplement la dénomination de *cystadénomes épithéliaux bénins.*

Cela dit, nous n'avons pas encore épuisé la question : Dans un travail récent, plein d'intérêt, L. PHILIPPSON — Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. Wagner), der kolloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und der Hydradenom (Darier, Jacquet) zu einander, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1890, T. XI, n° 1, p. 1 et suiv., — se basant sur deux observations cliniques et sur ses études histologiques, cherche à assimiler les cystadénomes à l'affection que nous avons décrite, après Wagner, en collaboration avec Balzer, sous le nom de *dégénérescence colloïde du derme.* Voici d'abord ses deux observations :

Cas I. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, entrée à la clinique pour un lichen syphilitique. Il existait, en outre, sur les paupières inférieures des papules qu'Unna considéra comme du milium collo de. Ces papules se distinguaient de celles du milium ordinaire par leur transparence. La malade ne s'en était jamais préoccupée, elle savait seulement qu'elle les avait toujours eues. Ces papules hémisphériques, environ du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, étaient situées sur la paupière inférieure, vers l'arc sous-orbitaire. Leur coloration était celle de la peau adjacente, revêtement épidermique lisse, consistance ferme; leur siège était dans la peau même. Elles étaient surtout caractérisées par leur aspect transparent et comparables au milium colloïde du cas de Feulard et Balzer (moulage 1019 du musée de Saint-Louis). Des papules très confluentes étaient situées sur la région zygomatique, s'étendaient sur le dos du nez et formaient un groupe au-dessus de l'arcade sourcilière gauche.

Suite de la note des Traducteurs.

De ces papules, les unes présentaient la coloration de la peau voisine; d'autres, en plus petit nombre, un éclat jaunâtre ou blanchâtre, qnelques-unes ressemblaient à des vésicules. Ces dernières ne représentaient évidemment qu'un degré plus avancé de développement des papules transparentes, comme elles existaient dans ce cas.

Cas II. Chez ce malade, âgé de trente-neuf ans, en traitement pour un eczéma, Unna remarqua des papules du même genre. Elles avaient la même forme et le même aspect transparent que dans le premier cas; elles étaient seulement bien moins nombreuses.

En outre, la paroi antérieure du thorax était parsemée de petits points foncés de la grosseur d'une tête d'épingle, accumulés surtout entre le mamelon et la clavicule. Quelques-uns aussi sur la face antérieure et interne du bras et au-dessus de la clavicule. Entre ces petites saillies, il y avait également des papules du volume d'un grain de mil. Un grand nombre était entouré d'une aréole rouge et présentait une pigmentation jaunâtre. Au toucher, on sentait dans la peau des masses bosselées, très petites. Le malade ne s'était pas jusqu'à ce moment aperçu de cette éruption. Pour Unna, il s'agissait d'un cystadénome des glandes sudoripares, en renvoyant au cas publié par Darier sous le nom d'hydradénome (Ann. 1887) et au syringo-cystadénome de Török (*Monatsheft.*, tome VIII, p. 116, 1890).

La comparaison de ces observations avec celle de Feulard et la nôtre — *loc. sup. cit.* — nous semble montrer qu'il ne s'agit pas cliniquement des mêmes cas : chez nos malades, les lésions sont uniformes, toutes semblables, limitées au visage; elles ne sont pas congénitales ni anciennes; leur développement est relativement récent; elles ne coexistent avec aucune autre.

Les analogies histologiques sont contestables au même titre : dans des coupes de tumeurs « cliniquement analogues » (?) au colloïd millium, Philippson a constaté la dégénérescence colloïde du derme, et et il a relevé des caractères histologiques analogues à ceux des cystadénomes. Mais, dans les deux cas soumis par Balzer à l'étude histologique, il *n'y avait pas de kystes;* la matière colloïde était infiltrée dans le tissu conjonctif fibrillaire, enveloppant les faisceaux conjonctifs, et suivant leur direction, en paraissant faire corps avec eux. Le tissu conjonctif n'était pas détruit; il n'y avait pas de cellules cubiques ou autres circonscrivant une cavité remplie de matière colloïde, pas de cordons épithéliaux, etc., etc.

Balzer, avant Darier et Jacquet, et sur le même malade, a, à plusieurs reprises, fait l'examen histologique des cystadénomes et c'est à cause de ses doutes sur la nature de cette lésion qu'il a différé la publication de ses recherches. Mais il ne lui est pas venu un instant, à la pensée, d'établir un rapprochement entre ce cas et les deux observations d'*infiltration colloïde du tissu conjonctif* dont il a fait l'examen histologique; après avoir examiné le travail de Philippson, il croit encore qu'il s'agit d'affections différentes.

Pour lui, l'une est un épithéliome, l'autre est sous la dépendance d'un trouble de la nutrition des éléments du derme qui lui serait difficile de

Suite de la note des Traducteurs.

définir, mais dont il ne peut pas placer le point de départ dans les épithéliums.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, et cette discussion, qui réclament des faits nouveaux ; nous avons voulu établir seulement qu'il serait *prématuré* de déclasser le *colloïdome miliaire*, et avertir les observateurs, afin que les faits *nouveaux* ne soient pas publiés sans les détails cliniques indispensables pour faire un arbitrage motivé sur le point en litige.

Ces réserves faites, nous tenons à préciser que, des recherches de Philippson, nous ne discutons que le rapport à intervenir entre ses observations et les nôtres; mais nous engageons vivement le lecteur, que ce sujet intéressera, à remonter à l'original dont nous résumons seulement les conclusions :

Pour Philippson, les tumeurs décrites sous le nom de milium colloïde et d'hydradénome (ou cystadénome) doivent être regardées comme des épithéliomes bénins, accompagnés de dégénérescence colloïde.

Ces petites tumeurs logées dans le derme sont peu apparentes, elles soulèvent à peine la peau. Quand la dégénérescence colloïde est plus avancée et que la peau qui les recouvre est relativement mince, la nature colloïde de la papule se trahit par la transparence. La croissance du néoplasme est très lente, ce qui correspond à la rareté des mitoses.

Quelle est l'origine des cellules du tissu ? L'auteur accepterait l'hypothèse de Török et de Jacquet, d'après laquelle ces nids épithéliaux seraient des germes épidermiques emprisonnés dans le derme pendant la période du développement embryonnaire de la peau.

A une époque où la couche germinative de l'épiderme consistait encore en cellules cubiques non épineuses, quelques épithéliums se seraient détachés des autres, par suite de quelque anomalie de croissance et auraient été entourés par des faisceaux de tissu conjonctif là où on les trouve maintenant sous forme de nids et de traînées d'épithélium. Cette hypothèse explique au moins dans les deux cas ci-dessus la production régulière de kystes contenant des cellules cornées.

De même que ces kystes à cellules cornées sont identiques histologiquement avec une espèce déterminée de miliums ordinaires, de même la genèse des deux néoplasmes serait la même, et le milium colloïde serait très analogue au milium ordinaire. En attribuant une même origine au milium ordinaire et au milium colloïde, l'auteur suppose d'abord qu'ils ne sont ni l'un ni l'autre des tumeurs de rétention, mais des germes épithéliaux transformés, détachés de l'épiderme.

Les papules de la face et du tronc diagnostiquées les premières comme milium colloïde, les secondes comme kystadénome des glandes sudoripares doivent donc être regardées comme des épithéliomes de nature bénigne, qui peuvent subir la dégénérescence colloïde ou se kératiniser. La première dénomination convient très bien aux deux cas ci-dessus, si l'on sépare les kystes de rétention des glandes sébacées des perles épithéliales kératinisées, parmi lesquelles il faut ranger aussi les miliums des muqueuses. Il faudrait distinguer également les miliums provenant d'épithéliums isolés dans le tissu conjonctif des véritables kystes de rétention sébacée. Le genre milium

Suite de la note des Traducteurs.

comprendrait deux variétés : le milium qui forme des kystes cornés et le milium qui forme des kystes colloïdes, le milium ordinaire (milium corné) et le milium colloïde.

L'examen histologique des deux cas ci-dessus montre que le milium colloïde peut se rencontrer sur la face seulement, ou en même temps sur d'autres régions du corps (tronc et bras), que le caractère anatomique des papules est le même malgré leur différence au point de vue clinique. Les différences de siège, de grosseur et de couleur des papules de la face et du thorax n'ont qu'une importance secondaire et, pour leur classification, l'auteur n'a tenu compte que des caractères anatomiques.

Après une étude comparative très détaillée et très complète des cas qui ont été publiés, l'auteur rappelle qu'il existe déjà dans la science douze cas de milium colloïde, dont huit ont été soumis à l'examen histologique.

En terminant, il dit qu'on pourrait définir le milium colloïde de la manière suivante :

Les papules ont une grosseur variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois ; elles ont la coloration de la peau voisine ou bien sont plus foncées, rouge brun, jaunâtres. Sur la face, elles ont en général la forme d'une demi-cuirasse, suivant l'expression de « Darier » (lisez Jacquet), qui paraît être caractéristique. D'ailleurs l'examen histologique peut seul être décisif.

b). *Hématangiomes* (*lymphangiomatoïdes*, *kératoïdes*) ; *angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme.*

Nous marquons ici simplement la place de ce chapitre qui, pour être établi complètement, réclamerait des développements et une discussion trop étendus pour notre cadre ; la question de savoir si une lésion lacunaire du derme est, ou non, de nature lymphatique, n'est pas assez nettement établie pour pouvoir en donner les éléments d'une manière didactique. — Voyez ce que nous avons dit plus haut à propos du lymphangiome tubéreux multiple, et consultez le travail très important, mais discutable en plusieurs points, de G. Hoggan; et Cf. Török, *loc. sup. cit.*

Dans le seul but d'être bien compris, *et sans prétendre juger à fond les travaux très remarquables que nous allons discuter sommairement*, nous prendrons pour exemple un cas de Colcott Fox — A case of lymphangiectasis of the hands and feet in children, *The illustr. med. News*, 1889, avec une chromographie — et deux observations de la clinique de Doutrelepont publiées par A. Schmidt — Beitr. z. Kenntniss d. Lymphangiome. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, p. 529, 1890 — travaux dans lesquels il ne nous a pas semblé qu'était suffisante la preuve de la nature lymphangiomateuse des lésions.

C. Fox, dans son remarquable travail, rapporte au système lymphatique des altérations que nous croyons devoir restituer au système sanguin, les « lacunes lymphatiques » qu'il décrit n'étant pour nous que des cavités kystiques sanguines à hématies décolorées, et à transformation séreuse. C'est à côté des faits de Mibelli et de Dubreuilh — *angiokératome* et *verrues télangiectasiques*, *loc. sup. cit.*, p. 48, note 1 — que nous rangeons le cas de C. Fox, les uns et les autres, dans

Suite de la note des Traducteurs.

notre manière de voir, étant des angiomes lacunaires papillaires et intradermiques, avec revêtement corné, dû à la localisation aux mains et aux pieds.

C'est aussi parmi les *hématangiomes* que nous rangeons les deux faits de SCHMIDT, intitulés : *Lymphangiome simple de la peau* (circonscrit), et *lymphangiome simple de la muqueuse buccale* (tubéreux); le premier, tout à fait comparable à une observation personnelle que nous allons rapporter; le second ayant beaucoup d'analogie avec les cas étudiés par ARRAGON — *Angiomes des muqueuses*, in *Arch. gén. de Physiol.*, p. 351, 1883.

Dans l'observation qui nous appartient, l'examen biopsique fait par L. JACQUET a montré des vaisseaux sanguins dilatés, et de grandes lacunes irrégulières remplies de sang — kystes sanguins développés dans des papilles, très hypertrophiés et en communication avec les lacunes. Dans quelques points, lacunes remplies de fines granulations hématoïdiques pâles et d'hématies aplaties, décolorées, mais très reconnaissables; c'est là où le contenu sanguin des kystes est en voie de transformation séreuse, laquelle, quand elle est effectuée, constitue les parties claires, translucides, colloïdoïdes des éléments éruptifs, celles qui, histologiquement, ont été considérées, par la plupart des observateurs, comme des lymphangiectasies. Le point obscur est le mode de formation des lacunes à contenu sanguin; le premier stade serait la dilatation des capillaires, constatée dans les papilles (point pourpre); ultérieurement rupture, extravasation intradermique ou intrapapillaire, etc.

Dans le premier cas de SCHMIDT, la présence, dans les cavités, de matière finement granuleuse avec corpuscules lymphatiques *isolés* ne nous semble pas démonstrative; et, en ce qui concerne la sérosité, sa provenance par transformation séreuse dans les cavités sanguines où la circulation se trouve ralentie ou supprimée, est bien connue; enfin, la riche pigmentation des cellules malpighiennes en palissade explique la couleur brunâtre si frappante des vésicules; tandis que l'on se demanderait d'où provient ce pigment dans des cavités d'origine lymphatique; etc. Sur les coupes faites par L. JACQUET, sur les fragments biopsiques de notre sujet, de même que sur celles d'ARRAGON, *loc. sup. cit.*, on suit tous les degrés de la transformation séreuse du sang contenu dans les cavités; ce sont bien des hématangiomes — Voy., pour complément, le travail de L. JACQUET sur ce sujet, qui doit paraître dans les *Annales de Dermatologie*, fin 1890, ou au commencement de 1891. Provisoirement, il faut surseoir à toute conclusion définitive, et se soumettre à une enquête nouvelle, à une discussion plus approfondie avant de proposer une division des lymphangiomes semblable à celle qui a été proposée par TÖRÖK, par exemple, *loc. sup. cit.*, qui, dans son très remarquable travail, distingue trois variétés de lymphangiomes capillaires, *a*) : *L. variqueux*; *b*) *L. tubéreux* (fibromateux); *c*) *L. caverneux*.

Pour le second cas, SCHMIDT a raison de ne pas admettre la dénomination *d'hématolymphangiome mixte* (Wegner), mais sans justifier cette exclusion, puisqu'il reconnaît dans la couche papillaire « des capillaires

Suite de la note des Traducteurs.

sanguins dilatés et des vaisseaux lymphatiques variqueux ». Quant à la présence du sang qu'il constate dans quelques cavités, et dans le tissu, il suppose qu'elle est due « probablement » à une communication, plutôt accidentelle, avec un vaisseau, peut-être par la section biopsique. Cela est peu vraisemblable ; l'interprétation de JACQUET est évidemment plus rapprochée de la réalité.

Si l'on confronte les *caractères cliniques*, l'examen est encore plus démonstratif; dans les cas de COLCOTT FOX, l'auteur note avec soin que le *début* des altérations se fait par de petits points, de petites éminences *pourpres* « bright purple specks.... purple elevated points.... looking like dilated capillary blood vessels.... », qui ultérieurement coalescent, et deviennent verruqueux, ce qui, pour des lymphangiectasies, serait un mode de début paradoxal.

A côté de ces angiomes qui empruntent quelques-uns de leurs caractères objectifs (hyperkératose, etc.) à la localisation aux extrémités, se placent ceux que l'on rencontre sur la peau du tronc, des membres, ou sur les muqueuses en rapport.

Dans notre observation, qui a servi à l'examen histologique de JACQUET, la lésion avait son siège à la région fessière; les éléments de début étaient exactement les points pourpres, et le développement ultime aboutissait à la formation de petites tumeurs, les unes noirâtres, les autres colloïdoïdes, jaunâtres, presque transparentes au sommet; laissant écouler, à la piqûre, seulement du sang ou un peu de sérosité, mais pas de liquide lymphatique, ni de matière colloïde. L'agglomérat principal, de la largeur de la paume de la main, était composé de granulations uniformes, d'un grain de mil à un très petit pois, tendues, résistantes, très imparfaitement réductibles par compression. Cette lésion, tout à fait indolente, avait débuté dans l'enfance à une date restée indéterminée, et n'avait décidé la malade à consulter que parce qu'elle s'étalait manifestement. *La patiente, une jeune femme, a un enfant de deux ans, qui présente, au milieu de la région dorsale, un hématangiome typique intradermique de la dimension d'une grosse lentille.* La plaque entière a été détruite et guérie par nous à l'aide de cautérisations ponctuées galvaniques, faites après anesthésie locale au chlorure de méthyle. En prenant soin de ne se servir que d'aiguilles portées seulement au rouge sombre, il n'y a presque pas d'effusion hématique; la guérison s'est faite très simplement.

Dans le premier cas de Schmidt, il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans. — Début « dans les premières années d'école». — Actuellement, sur la peau de la face médiane de la cuisse gauche, il existe douze à treize saillies, isolées ou groupées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, pigmentées, de consistance ferme. La peau adjacente est normale. — Une ponction faite dans ces vésicules amène l'issue d'une petite quantité de liquide séreux. Traitement destructeur par le thermocautère.

Dans le second cas — c'est encore une jeune fille de dix-huit ans,

Suite de la note des Traducteurs.

atteinte de lupus multiple et multiforme. Début à la naissance. La lèvre supérieure est épaissie au niveau de la commissure buccale droite, mais au toucher elle est molle et non infiltrée. La muqueuse est le siège de papules plus ou moins volumineuses jusqu'à un grain de mil, et un peu translucides; quelques-unes aussi existent sur la peau; d'autres sur un point de la gencive au niveau de l'incisive supérieure droite.

Dans un travail récent — Finch Noyes et Török. Lymphangioma circumscriptum, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XI, 1890, p. 51, 1re partie — Finch Noyes rapporte neuf cas, déjà connus, de « lymphangiome circonscrit » et ajoute le suivant, observé par Sangster, et dont voici le résumé :

Jeune fille de dix ans et demi, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, parents sains. — L'éruption actuelle aurait débuté vers l'âge de trois ans, sur le côté gauche du cou par une seule tache analogue à une « bulle ». Peu de temps après, d'autres taches semblables se montrèrent, grossirent peu à peu, au point que quelques-unes présentèrent le volume de la moitié d'un petit pois. Par suite de leur confluence, elles formèrent des taches à surface irrégulière et de couleur sale, ces taches avaient l'aspect de verrues aplaties agglomérées. Au pourtour de la première tache apparurent plus tard d'autres petites taches, dont quelques-unes formèrent également des groupes.

Actuellement l'éruption est localisée au côté gauche du cou et s'étend obliquement depuis le bord du cuir chevelu jusqu'au niveau de la septième vertèbre cervicale. Elle est constituée, d'une part, par une grande tache ovale légèrement saillante au centre, de la dimension d'une main d'enfant, d'autre part par les corpuscules clairs, d'aspect vésiculaire qui occupent le reste de la peau et dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle a celle d'un demi-pois.

La tumeur consiste en corpuscules d'aspect vésiculeux, très confluents, séparés par de minces cloisons. Ces vésicules sont recouvertes par l'épiderme; en plusieurs points, la couche cornée est épaissie, rugueuse, d'où un aspect verruciforme.

Si l'on examine avec soin ces vésicules, on aperçoit à la surface de quelques-unes de petits capillaires sous forme de points ou de traînées, lorsqu'il en existe plusieurs, on dirait qu'il s'est développé un nævus araneus. Sur certains points, les vésicules ont une teinte rouge bleu, comme si une extravasation de sang veineux s'était produite dans la petite cavité. Quelques croûtelles sanguines occasionnées par le grattage.

Les vésicules ne sont pas modifiées par la pression Elles laissent écouler un liquide clair, aqueux, alcalin, à la suite de leur ponction.

A aucune époque, la malade ne s'est plainte de malaises qui auraient été provoqués par cette éruption.

Ce n'est pas seulement sous le rapport histologique que tous ces faits se rapprochent de notre observation; leur identité clinique est manifeste. Dans tous, on voit des groupes d'éléments, les uns également hématiques, les autres pigmentaires, presque mélaniques, mélanoïdiques, ou d'aspect colloïde, durs, résistants, et ne donnant à la piqûre ni matière colloïde, ni lymphorrhagie véritable, mais seulement du sang ou un liquide séreux. Ces caractères les rattachent aux *hématangiomes*,

Suite de la note des Traducteurs.

et non aux lymphangiectasies. Ils sont innés ou congénitaux; longtemps inaperçus, et progressant avec le développement des tissus; indolents, bénins; leur traitement est celui des angiomes lacunaires, la destruction électro-caustique; notre observation montre qu'ils peuvent être *héréditaires.*

II. Dermatolymphangiomes.

Les angiomes lymphatiques de la peau — *dermatolymphangiomes* — représentent des *néoformations* du système lymphatique, des aberrations formatives, ayant leur origine et leur principe dans la constitution du tissu qui en est le siège — constitutionnelles — innées, bien que leur *évolution* ou leur apparition puissent être postérieure à la naissance. Les varices lymphatiques simples, ou parasitaires (filariose), les lésions des lymphatiques dans l'éléphantiasis, les tumeurs diverses, etc., *ne sont pas* des lymphangiomes; ce sont des lymphangiectasies.

Cette distinction pourra paraître subtile si l'on remarque que la démonstration anatomique de la *néoformation* lymphatique proprement dite, de la nature vraie et primitive d'un lymphangiome, ne peut pas être toujours donnée dans les tumeurs anciennes; ni dans les cas mixtes — angiolymphangiomes — ou plus complexes. C'est surtout sur les caractères cliniques, innéité, congénitalité, localisation limitée, que reposent les éléments essentiels de différenciation — Voy. A. Chipault, Varices lymphatiques et lymphangiomes, *Gaz. des Hôp.*, 1888, p. 1329; Varices lymphatiques du derme, *Arch. gén. de Méd.*, 1889, p. 588, 705; et Quenu, *loc. sup. cit.*, p. 49.

La *division* la plus simple des lymphangiomes a été formulée par Wegner — *Congr. de chir. all.*, Berlin, Avr. 1876, et *Arch. f. klin Chir.*, t. XX, 1877, p. 641 — qui réduit à trois le nombre des formes typiques, sans préjudice des faits de transition, dont les limites précises ne peuvent pas être indiquées : *a*) *Lymphangiome simple; b*) L. *caverneux; c*) L. *cystoïde* (kystique).

La division la plus compréhensive est celle de Chipault, *loc. sup. cit.* : 1° Dilatation des *ganglions* — adénolymphocèle; 2° dilatation des *troncs* — *a*) superficiels — cylindroïde, ampullaire; *b*) profonds; 3° dilatation des *réseaux; a*) dermiques; *b*) profonds — *a. a.*) diffuse; *b. b.*) localisée, à forme anatomique caverneuse, monokystique ou polykystique (siège ordinaire, col, thorax, membres; sièges spéciaux : macromélie, macrochilie, macroglossie).

La division de Wegner suffit aux besoins de la pathologie cutanée; c'est celle que nous suivrons :

a) *Lymphangiome simple.* — On peut l'observer sur tous les points du corps; sa localisation, sa *limitation*, son caractère circonscrit, le distinguent assez aisément de la *pachydermie éléphantiasique simple*, avec

Suite de la note des Traducteurs.

laquelle il peut être et il a été confondu, particulièrement dans les cas que l'on a rapportés à une pachydermie congénitale — « *éléphantiasis congénitale* »; il intéresse surtout les chirurgiens en raison de ses rapports avec diverses variétés de *lipomes* ou de *tumeurs mixtes*. Aux lèvres, il constitue la *macrochilie congénitale*, et à la langue une variété de *macroglossie* — Cf. MAAS, WEGNER, QUENU, *loc. sup. cit.*

b) *Lymphangiome caverneux.* — Le lymphangiome caverneux représente une des formes dermatologiques les moins rares; il répond aux faits décrits par les dermatologistes sous le nom de lymphangiome circonscrit; en commun avec VIDAL, nous en avons déposé, en 1889 et en 1890, deux reproductions, moulées sur le même malade à une année d'intervalle, nos 1466 et 1532. De très belles chromographies en ont été données par MALCOLM MORRIS dans l'atlas international des maladies rares de la peau, Hambourg, 1889, n° 1.

Sur des points du corps variables de siège, mais toujours *limités*, on constate des groupes plus ou moins cohérents d'éléments éruptifs isolés, ou conglomérés en amas muriformes, formant des nappes finement frambœsioïdes, qui constituent des colonies de petits éléments, miliaires, rarement pisiformes, jaune rougeâtre ou rougeâtre, opaques plus ou moins à la base, ponctués à leur sommet qui émerge transparent et quelquefois translucide, dysidrosoïde, ressemblant à un petit grain de sagou incomplètement désopacifié. Quelques éléments, ou quelques îlots, peuvent être noirâtres, accidentellement hématiques; quelques-uns prédominent en volume, formant de petits conglomérats verruciformes, papuliformes, avec des télangiectasies veineuses. Dans les parties inférieures, déclives, particulièrement, le soulèvement est plus grand, et la nappe prend un aspect gélatiniforme, phlycténoïde, etc. Enfin, alentour du conglomérat principal existent toujours des îlots détachés, et un semis plus ou moins abondant d'éléments isolés. *La piqûre, la rupture de tous ces éléments laisse écouler un liquide clair séreux, chargé de cellules lymphatiques*, et dépourvu d'hématies s'il n'y a pas de vaisseaux sanguins intéressés dans le traumatisme.

La partie épidermique, et sus-dermique — épiderme et étage papillaire du derme de la région atteinte — est constituée par un agglomérat de lymphatiques papillaires et sous-papillaires considérablement ectasiés. En voici les caractères, d'après une biopsie faite sur le sujet de notre observation, par DARIER.

Examen biopsique d'une petite portion de l'agglomérat, du volume d'un pois, molle, rosée, translucide. Durcissement par l'acide osmique :

Au-dessous de l'épiderme qui est aminci, on voit, sur les coupes, un tissu aréolaire ou caverneux à mailles irrégulières, très inégales mais assez grandes, quelques-unes mesurant jusqu'à 1 millimètre de long sur un demi-millimètre de large, tandis que d'autres ont moins d'un dixième de millimètre en tous sens. Ces mailles correspondent à la coupe de cavités qui communiquaient les unes avec les autres. Elles contiennent un liquide qui s'est coagulé sous l'influence de l'acide osmique en une masse finement

Suite de la note des Traducteurs.

grenue, au milieu de laquelle on trouve de nombreuses cellules lymphatiques, mais pas de globules rouges, capillaires et cavités lymphatiques énormément dilatés.

La paroi des cavités est partout revêtue d'une couche continue de cellules endothéliales plates, sans éléments élastiques ni musculaires.

Les travées qui séparent les cavités les unes des autres sont d'épaisseur très variable, constituées par du tissu conjonctif embryonnaire ; dans les plus minces, deux ou trois rangées de cellules embryonnaires peuvent à peine trouver place ; d'autres ont une épaisseur huit ou dix fois plus grande et contiennent souvent des capillaires sanguins gorgés de globules rouges, coupés en divers sens. Le calibre de ces vaisseaux sanguins n'est pas supérieur à celui qu'ils présentent normalement.

Les cavités lymphatiques les plus superficielles ne sont séparées de l'épiderme que par leur endothélium, et par quelques faisceaux conjonctifs très minces munis de leurs cellules connectives. Parfois on trouve des capillaires sanguins dans cette lame de tissu conjonctif rejetés contre l'épiderme par la dilatation des lymphatiques.

L'épiderme est assez mince ; de distance en distance on voit partir de sa face profonde des prolongements qui plongent profondément dans les cloisons qui séparent les cavités lymphatiques ; ce sont des bourgeons inter-papillaires allongés et écartés les uns des autres par l'accroissement qu'ont pris les papilles.

Comme toutes les affections du système lymphatique sans exception, le lymphangiome circonscrit est surtout commun dans les *pays exotiques*, où règne l'éléphantiasis endémique, la filariose, la chylurie, etc. Mais c'est une prédominance, et non une limitation exclusive, car le lymphangiome peut être observé en tout pays, il est probable, cependant, qu'il existe des *prédispositions de race.* Dans son exposé très bref de l'état de la question du lymphangiome circonscrit, Malcolm Morris, *loc. sup. cit.*, fait remarquer que la plupart des cas proviennent de l'Angleterre, et d'auteurs anglais.

« Les Drs Tilbury Fox, et Colcott Fox, dit cet auteur distingué, en ont publié le premier cas dans les *Transact. of the Pathol. Soc. of London*, Vol. XXX, p. 470, 1879 ; les deuxième et troisième cas ont été décrits dans les *Actes* de la même Société, l'année suivante, par J. Hutchinson, qui en publia, en outre, un quatrième exemple dans ses *Illustrations de chirurgie clinique.* Enfin, quatre autres cas ont été ajoutés aux précédents, et montrés à la Société médicale de Londres, par les Dr Radcliffe Crocker et Hayes, et par M. Walsham.

« Ils présentaient la plus complète identité avec mon cas, dont la description peut servir aux autres exemples précités. La seule différence qui existât provenait du siège de l'éruption. »

Malgré leur dénomination imprévue (*lupus lymphaticus*, *lymph-lupus*), les cas de Jonathan Hutchinson appartiennent manifestement à la maladie décrite en 1879, par T. et C. Fox — *loc. sup. cit.*, p. 470.

« ... Many of the spots were really vesicular or, at any rate, contained fluid, was easily proved by examining theses with a lens, or by pricking them.

Suite de la note des Traducteurs.

When pucked, a clear fluid was easily obtained, which, under the microscope, showed cells like those of lymph. There were no papillary out growths. In many of the spots minute ecchymoses had occurred, and in some tufts of vessels were seen, in most of which, however, the blood appeared to be coagulated. The skin around and between the papules was healthy, and only a little congested close to the bases of the spots. The character of the eruption was remarkably the same at all parts, varying chiefly in the presence or absence of capillary tufts of vessels ».

... « On the hypothesis that the disease is of the nature of lupus, however, there is nothing improbable in the suggestion that it might attack a nævus ». J. HUTCHINSON, On a pec. pap. vesic. erupt. (*lupus lymphaticus*) w. micr. ex. b. A. Saugster, *Transact. of the Path. Soc. of Lond.*, XXXI, p. 342. Pl. XXIV, XXV, et J. HUTCHINSON jun., *Lup.-lymph.*, Pl. XVI, fig. 2, 3; XXXVI, 1885, n° 467.

Conformément à la remarque de MALCOLM MORRIS, le sujet de notre observation personnelle est de race anglaise, et, comme le malade de T. FOX, il est né à l'île Maurice.

D'après les renseignements fournis par le médecin qui a assisté à la naissance, il portait en venant au monde, comme le malade observé à Londres, par T. et C. FOX, au centre de la place occupée aujourd'hui par le revêtement lymphangiomateux (région thoracique préaxillaire gauche), un nævus vulgaire dont on ne s'est pas préoccupé, et qui aurait subi un accroissement lent. Ultérieurement, depuis une époque qui n'est pas précisée, il est survenu des poussées inflammatoires appelées « érysipèles » qui actuellement, même depuis l'arrivée en Europe, se renouvellent plusieurs fois par année, et à la suite desquelles la lésion s'accroît en surface et en profondeur. On ne sait s'il survient des adénopathies pendant les accès, mais nous pouvons affirmer qu'il n'en existe pas, dans les intervalles, à aucun des moments où nous avons examiné le patient.

Les caractères de la lésion, *à la surface*, sont ceux que nous avons décrits tout à l'heure d'après nature, et qui se confondent absolument avec ceux que reproduisent si bien les chromographies de MALCOLM MORRIS, avec un peu moins de couleur, ainsi qu'on peut le voir dans la photochromie que nous avons fait exécuter, et qui est déposée au Musée de Saint-Louis.

La surface lymphangiomateuse principale est, à peu près, de la largeur d'une main; mais elle *sous-tendue* par une plaque tuméfiée, débordant de 2 ou 3 centimètres, sans changement de couleur de la peau, dure à la pression, se perdant insensiblement à la périphérie dans les tissus sains, et formant au centre, une masse épaisse, — *pachydermie sous-lymphangiomateuse.* Voy. le moulage de la lésion, pièce 1466 par BARETTA, déposé par VIDAL en 1889, et surtout la pièce 1532, déposée par nous en 1890, qui représente l'altération dans ses moindres détails et avec une grande perfection.

La lymphe qui s'écoule des fistules contient peu de leucocytes quand le malade est à jeun; le sang qui s'écoule de la petite plaie faite pour la biopsie, et le sang du doigt, ne présentent rien d'anormal; pas de leucocytose marquée, pas d'embryons de filaires.

Le sang pris soit au doigt, soit au lymphangiome, *la nuit, à onze heures trois quarts, et examiné par* DARIER, *ne contient pas de filaire.*

Voilà un premier point fixé : Il existe une affection bien individua-

Suite de la note des Traducteurs.

lisée, paraissant propre aux sujets de certaines races, ou du moins plus particulière à eux, dans laquelle *la lésion de surface*, celle qui correspond aux descriptions cliniques, est bien un angiome lymphatique lacunaire, un *lymphangiome;* elle répond bien, par les caractères d'innéité, de circonscription, au type systématique du lymphangiome, et on peut, au moins provisoirement, l'appeler avec MALCOLM MORRIS, *lymphangiome circonscrit.*

Mais si le lecteur a lu avec attention notre observation, il ne lui a pas échappé que deux circonstances altéraient un peu la simplicité théorique du lymphangiome, c'est-à-dire l'innéité de lésion, et le caractère primitif.

Prise tout à fait à l'origine, l'altération ne *paraît* pas présenter les caractères d'une maladie lymphatique; elle *semble* être un *hématangiome.* On retrouve ce début même dans le cas si intéressant, mais bien complexe, de H. KÖBNER — multiple Neurome im Bereich des Plexus brach. sinist. cavernose Angiome, Lymphangiome und Neurofibrome der linken oberen Extremität, Taf. VI, Separat. abd. aus *Virchow's Arch.*, 1883, p. 343. — Au moment de la naissance, la seule tumeur visible était un *grain bleu* — « *blue Beere* » — qui, par suite d'une opération, était au moment de l'observation de Köbner représenté seulement par une cicatrice rouge brun. Ce second point, pour être éclairci, réclame des observations nouvelles.

D'autre part, si dans plusieurs des observations anglaises, il est peu question de l'état du derme profond et de l'hypoderme, non plus que de phénomènes d'irritation paroxystique périodiques, on peut les entrevoir dans l'observation de T. et C. FOX, et ils sont très accentués dans la nôtre. Chez notre jeune malade en effet, bien qu'il ait quitté le pays d'origine depuis deux ans, il est en proie à *une série d'accès d'œdème phlegmasique fébrile, se renouvelant plusieurs fois* par année, augmentant chaque fois la surface du lymphangiome dermo-hypodermique. — Comparez à ce point de vue les pièces du Musée 146 et 1532 exécutées la première en 1889, la seconde en 1890. De sorte que, pour notre cas, la dénomination analytique exacte serait *lymphangioderme circonscrit en nappe, développé sur un nævus vasculaire, soutenu par une base pachydermique, et évoluant par poussées successives fébriles, exactement à la manière de l'éléphantiasis, — lymphangiome pachydermique*, ou *pachydermie lymphangiomateuse.*

Dans l'observation de MALCOLM MORRIS, il n'y a jamais eu ni érysipèle ni lymphodermite, et ce savant dermatologiste a été assez aimable pour nous réitérer l'assurance que, dans aucun des cas qu'il a vus lui-même, ou dans la littérature médicale, il n'était question de rien de semblable.

Notre cas forme donc une exception dans la série, tout en conservant ses caractères de surface qui l'assimilent entièrement dans l'aspect extérieur, au type de la maladie; il se rapproche, d'autre part, de ce

Suite de la note des Traducteurs.

que Rindfleisch, *loc. sup. cit.*, a décrit sous le nom de pachydermie lymphangiectasique.

« La pachydermie lymphangiectasique, dit Rindfleisch, est une variété intéressante de l'éléphantiasis ordinaire; elle se rencontre principalement au scrotum, au pénis, au mont de Vénus, à la partie antérieure du périnée. La peau hypertrophiée est recouverte dans toute son étendue par une quantité innombrable de petites vésicules pouvant atteindre jusqu'à la grosseur d'un pois; or, on constate à première vue que ces vésicules ne sont point dues comme dans les exanthèmes vésiculeux à un soulèvement de l'épiderme, mais qu'il existe des cavités creusées dans la couche supérieure du derme. Ces prétendues vésicules sont recouvertes par une peau qui est relativement très ferme, et leur contenu est un liquide clair, disparaissant par la pression, mais se reproduisant dès que la compression cesse. Si l'on ponctionne une de ces bulles, non seulement son contenu se vide, mais encore le gonflement de la peau diminue, toutes les autres bulles s'affaissent, et laissent écouler une quantité souvent très considérable de lymphe véritable. »

« ...L'examen histologique prouve que c'est le réseau superficiel sous-papillaire des vaisseaux lymphatiques qui s'est partiellement dilaté en ampoules. Les vésicules sont recouvertes par l'épiderme et le corps papillaire. La partie du corps papillaire qui est soulevée, renferme ordinairement de quatre à six papilles, qui dans les grosses sont élargies et aplaties; je ne les ai jamais vues s'effacer au point de devenir méconnaissables. La surface intérieure des vésicules est partout tapissée par une mosaïque de cellules endothéliales ordinaires, en sorte qu'il est hors de doute que ces vésicules sont produites par la dilatation des vaisseaux lymphatiques. »

Ces questions diverses réclament, pour être résolues, de nouvelles recherches, et pour être approfondies, des développements qui seraient ici hors de situation; mais nous engageons le lecteur qui voudra voir toute l'étendue de la question de l'éléphantiasis, de la lymphangiectasie simple ou associée, des lymphangiomes, acquis ou congénitaux, à se reporter aux beaux mémoires de Samuel C. Busey — 1° Occlusion and dilatation of lymph. channels (acquired forms), *The New Orleans med. and surg. Journ.*, 1876, p. 308, et 1877, pp. 1, 169, 253, 349, 515, 661 ; et Congenital occlusion and dilatation of lymph. channels with 56 woodc., *The american Journ. of obstetrics and dis. of wom. and child.*, 1877, p. 605 et 1878, p. 1, 65.

c) *Lymphangiome cystoïde* (*kystique*). Les tumeurs formées par cette espèce prennent un grand développement; elles appartiennent à la pathologie chirurgicale ; ce sont des « *kystes séreux* » multiloculaires, congénitaux, que l'on observe surtout à la région cervicale, mais qui peuvent être rencontrés partout.

III. Lymphangiectasies cutanées, VARICES lymphatiques dermiques.

Les varices lymphatiques du derme peuvent être *superficielles*, *intermédiaires* ou *profondes*, occuper les *troncs*, les *réseaux*, les *lacunes;* le

Suite de la note des Traducteurs.

plus habituellement la *localisation* est *multiple*, avec une prédominance, ou un point d'origine.

Quand elles sont superficielles, elles forment, à la surface de la peau, des dilatations ampullaires, isolées ou agglomérées, de la dimension d'un grain de mil à celle d'un pois, ou plus ; de coloration variable selon l'état, quelquefois irrité, ou non, du derme, mais avec la teinte normale de la peau ; se rompant plus ou moins facilement, laissant écouler du liquide lymphatique, et subissant, de la compression, un affaissement, toujours imparfait dans les cas un peu anciens.

Les dilatations qui portent sur les troncs peuvent n'être perçues qu'à la palpation, ou faire saillie visible à la surface sous forme de cordons isolés ou associés, linéaires, sinueux, moniliformes, de saillies pisiformes, d'agglomérats, de circonvolutions, de paquets variqueux.

Dans tous les cas, la lymphorrhagie, continue ou intermittente, périodique, accidentelle ou artificielle, fait partie essentielle du tableau symptomatique.

La *pathogénie* et le *mode pathogénique* des lymphangiectasies, qu'il s'agisse de conditions mécaniques ou vitales, restent très obscurs; presque toutes les théories proposées reposent sur une pétition de principe à la manière de celle que Rindfleisch, par exemple, a émise pour la « pachydermie lymphangiectasique ». Dans cette forme, il considère que l'hypertrophie des muscles lisses de la peau, soit par convention, soit par rétraction, comprime les troncs lymphatiques qui unissent les réseaux superficiel et profond, et donnent lieu à la dilatation ampullaire du réseau superficiel. Mais, quand il s'agit d'expliquer, pourquoi se fait cette hypertrophie musculaire, il l'attribue à la condition dont il faisait tout à l'heure un *résultat :* « L'hyperplasie des fibres musculaires, dit-il, développée *à la suite des difficultés survenues dans la circulation lymphatique du chorion*, doit être considérée comme la *cause principale* de la lymphangiectasie. »

Il est exceptionnel que le mécanisme de la production des varices lymphatiques soit aussi rudimentaire, à part les cas de compression accidentelle portant sur les troncs ou sur des rameaux de grande communication, et en dehors des circonstances dans lesquelles la pression dans le canal thoracique est très augmentée par suite de l'excès existant, pour des causes diverses, dans le système veineux — Voy. le très intéressant travail de Eger, Ueber einen Fall von Lymphangiectasie, Lymphorragie und Pulmonalarterienstenose, *Deutsche Medic. Wochenschr.*, 1890, p. 527. Toujours il intervient un *processus irritatif* de nature variable, très rarement simple.

Il est en outre fort difficile, dans beaucoup de cas, de démêler l'ordre et la hiérarchie des éléments morbides que présente l'analyse clinique ou histologique. Presque toujours il faut admettre le concours d'autres conditions telles que le siège anatomotopographique — organes génitaux, membres inférieurs, etc., de dispositions individuelles, de prédispositions de race — créoles; etc. Ce dernier point est si important que

Suite de la note des Traducteurs.

c'est dans la pathologie exotique qu'il faudrait surtout puiser si on voulait faire l'inventaire complet des lymphangiectasies — Voy. les mémoires de SAMUEL C. BUSEY, *loc. sup. cit.*, et consultez les bibliographies de Chipault, dans ses deux publications.

Le plus ordinairement, l'agent irritant qui préside au processus lymphangitique et lymphangiectasique est de nature spéciale ou spécifique; *parasitaire* (filariose) ; *septique* (pyémies) ; *virulent* (blennorrhagie, syphilis, tuberculose, cancer, etc.). De là naissent des altérations composites dont l'interprétation devient très ardue. En même temps que l'ectasie lymphatique, on trouve de l'œdème aigu ou chronique, de la dermite, de la dermolymphite, de la périlymphite, des érythèmes divers, de la pachydermie, des altérations du type des gommes, du phlegmon dermique, etc., et accessoirement des lésions du périoste, des os et des ganglions.

Nous distinguons deux groupes particuliers dans les lymphangiectasies, selon la marche et le degré : *a.*) *Lymphangiectasies irritatives. aiguës et superficielles; b*). *Lymphangiectasies irritatives chroniques et profondes.*

Chaque groupe comprend des formes et des variétés.

a.) *Lymphangiectasies irritatives aiguës, superficielles.* — Leur histoire est à instituer en entier à l'aide de faits nouveaux. La pièce 156 du musée de Saint-Louis en présente un exemple assez net :

Elle a été moulée par Baretta sur le scrotum et le pénis d'un maçon de vingt-six ans, entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, service de U. TRÉLAT, le 4 octobre 1869, pour une contusion de la verge effectuée huit jours auparavant; on constata une lymphangite avec œdème considérable de la verge, et vésicules saillantes donnant issue par leur ouverture à de la lymphe. Traité par la compression, le malade est sorti le 25 du même mois, l'œdème diminué, les varices presque disparues — *Registre du Musée de Saint-Louis.*

Les bourses et la racine de la verge ne présentent aucune trace de dermite ; on n'y constate ni hypertrophie pachydermique, ni aucune autre altération que les lymphangiectasies ampullaires disséminées et discrètes; la moitié inférieure, et la partie préputiale du fourreau, seules, présentent des traces de lymphangite commune, manifestement aiguë.

b.) *Lymphangiectasies irritatives chroniques profondes.* — Dans les formes dont nous donnons ici la première esquisse, la *marche* est lente; le type de la lymphangite lymphangiectasipare est *chronique*, continu, rémittent, ou *paroxystique*. Le siège le plus habituel est aux membres inférieurs, d'un seul côté; secondairement, il survient des lésions accessoires diverses du derme, de l'hypoderme, du périoste, des os ou des articulations; le plus habituellement, la maladie est confondue dans le groupe vague des pachydermies variqueuses.

Dans leur développement complet, elles se caractérisent par des *nodosités* de la dimension d'un petit à un gros pois, présentant, au centre, un point de ramollissement, avec issue de sanie, de liquide lympha-

Suite de la note des Traducteurs.

tique, *lymphorrhagie*, fistules lymphatiques; reposant sur un fond violacé, œdémateux, phlegmoneux, induré, cicatriciel, selon les régions et les périodes chronologiques ; quelquefois disposées en lignes sinueuses, à la manière des phlébectasies. L'évolution spontanée des foyers est celle des formes torpides des furoncles ou de quelques folliculites : régression centrale, perforation restant longtemps à l'état ponctué, donnant issue à un liquide lymphatique, ou subissant l'évolution phlegmoneuse, tout en conservant très longtemps leur forme et leur position.

La cause déterminante des lymphangiectasies lymphangitiques chroniques *semble* quelquefois résider dans la répétition d'irritations *de cause banale*, traumatismes professionnels, ulcérations permanentes (?) Dans d'autres cas, l'irritant est manifestement spécifique; de là deux groupes *provisoires* : *a.a.*). *Lymphangiectasies chroniques supposées simples; b.b.*). *Lymphangiectasies chroniques spécifiques.*

a.a.). *Lymphangiectasies chroniques supposées simples.* — Le Musée Saint-Louis en contient plusieurs reproductions.

La pièce 281, jambe, déposée par Guibout en 1873, porte pour titre : *Varices lymphatiques ulcérées*, et pour sous-titre, donné à l'inventaire de 1889, « *pachydermie lymphangiectasique* » ; le diagnostic originaire porté par Guibout avait été « *scrofulide fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne* »; dans un autre service, le diagnostic porté avait été « *lymphadénie cutanée* ».

Deux années après, en 1875, Lailler fait exécuter, sur le même malade, un nouveau moulage, pièce 358, représentant la même région, et il inscrit sur la pièce « *varices lymphatiques?* » La lésion que présentait le malade avait débuté en 1865, à la suite d'une blessure, et aurait été irritée par différents traumatismes professionnels; traitée par Lailler, à l'aide des flèches au chlorure de zinc, elle a complètement guéri, comme le montre le moulage 394 — Voy. *Registre des observations du Musée de l'hôpital Saint-Louis*, page 124, au nom de B. Aug., trente-huit ans, sabotier.

La pièce 396, déposée par nous en 1876, représente la même lésion limitée au pied : *altérations osseuses profondes*. Nous avons obtenu la guérison par une série de destructions profondes à l'aide des flèches de Canquoin.

Dans le premier de ces deux faits, le diagnostic initial porté par Guibout — « *Scrofulide*, etc. », et dans le second, les *lésions osseuses* que nous avons constatées; dans les deux, l'impossibilité d'obtenir la guérison autrement que par la destruction des tissus envahis, semblent bien indiquer la nature tuberculeuse des altérations. Mais, à l'époque, déjà reculée, à laquelle remontent ces observations, le diagnostic de tuberculose locale ne pouvait pas être porté; et, d'ailleurs, les malades n'ont présenté, au cours de la longue évolution des accidents, ni lymphangite gommeuse, ni aucun autre indice de tuberculisation.

La même incertitude sur la *nature* réelle de l'irritant lymphangiectasique existe dans le fait ci-contre, appartenant au même type que les deux précédents, avec quelques variantes dans les lésions accessoires; et dont le résumé nous a été communiqué par H. Feulard :

Suite de la note des Traducteurs.

X..., soixante-quatorze ans, blanchisseuse, née à Clamart, près Paris, n'a jamais été malade; aspect robuste; trois enfants dont deux sont vivants et habitent le même pays; un est mort de fièvre typhoïde.

Depuis vingt-cinq ans au moins, dit-elle, elle portait au quatrième orteil du pied droit une petite ulcération périunguéale qu'elle n'a jamais soignée.

Il y a deux ans, elle a eu, dit-elle, un érysipèle (?) à la jambe droite, la rougeur n'a pas dépassé le genou et c'est depuis ce moment que sa jambe est devenue malade et a pris peu à peu l'aspect qu'elle a aujourd'hui.

Actuellement, cette jambe est presque uniformément rouge d'un rouge sombre, brillant et luisant, érysipéloïde, et présente en divers points des plaques saillantes dures, rouges, et des petites tumeurs isolées, de même aspect.

Le pied est déformé, le cou-de-pied volumineux, œdématié; la déformation a respecté les orteils; sur le quatrième on voit l'ulcération périunguéale citée plus haut, qui paraît avoir succédé à un ongle incarné (périonyxis chronique).

Au niveau de la région malléolaire et un peu sur les côtés, nombreuses tumeurs grosses comme des noyaux de cerises; groupées en deux ou trois îlots. Un peu au-dessous de la malléole externe, deux de ces petites tumeurs sont ulcérées, recouvertes d'une croûte brun noirâtre, et laissent suinter un liquide séreux jaunâtre, collant.

En deux ou trois points, surtout à la face interne, plaques saillantes de 2 à 3 millimètres d'un rouge plus vif, très dures sous le doigt, dont les bords se confondent avec la peau voisine.

En somme, l'aspect du pied rappelle absolument la pièce du Musée (n° 281); mais la jambe est plus altérée.

b.b.) *Lymphangiectasies chroniques spécifiques.* — Au lieu d'être produites sous l'action d'irritations banales (?), portant spécialement sur le système lymphatique *chez des sujets prédisposés*, la lymphangiectasie lymphangitique chronique se rattache, avec plus de vraisemblance, à une cause déterminante *spécifique*, laquelle, dans ce climat, semble devoir résider surtout dans l'élément tuberculeux :

En 1884, Lailler déposa dans le Musée de Saint-Louis, sous le n° 955, le moulage de la jambe droite d'un sujet présentant des altérations analogues à celles que nous avons décrites tout à l'heure; cette région, chez ce même malade, *moulée cinq ans auparavant*, pièce 565, était alors occupée par un *lupus tuberculeux excentrique.*

Ce fait, peu remarqué bien qu'il ait été inscrit dans le catalogue du Musée de Saint-Louis, à l'*inventaire* de 1889, sous le titre de « *Tuberculose cutanée* », prend un intérêt tout particulier, depuis la présentation du cas suivant faite à la Société française de dermatologie par Hallopeau et Goupil, le 10 juillet 1890, sous le titre de *Lymphangite gommeuse de nature probablement tuberculeuse :*

« *Lymphangite gommeuse de nature probablement tuberculeuse.*

« Le malade que nous vous présentons porte, sur le membre inférieur gauche, un grand nombre de nodosités intradermiques ou sous-cutanées, confluentes autour du cou-de-pied, disséminées à la cuisse sur le trajet des lymphatiques; la plupart sont ulcérées et donnent issue, soit à du pus, soit à un liquide citrin qui a tous les caractères de la lymphe; d'autres sont dures ou en voie de ramollissement; les ganglions inguinaux sont tuméfiés;

Fin de la note des Traducteurs.

les extrémités inférieures des os de la jambe paraissent augmentées de volume; le membre est œdématié.

Ce fait présente beaucoup d'analogie avec ceux dont les moulages ont été déposés au Musée par MM. Lailler et Besnier sous le nom de *varices lymphatiques* et la disposition en bourrelet saillant d'une partie des tumeurs donne bien l'idée d'une altération de cette nature; il en diffère en ce que ce n'est pas la dilatation, mais bien une inflammation des lymphatiques qui paraît constituer l'altération primordiale et prédominante; *les caractères des tumeurs qui, d'abord dures et résistantes, se ramollissent pour s'ulcérer ensuite, leur disposition en chapelet sur le trajet des lymphatiques et leur développement en série ascendante, les rapprochent beaucoup des cas de lymphangites tuberculeuses dont les pièces ont été moulées d'après des malades de M. Merklen et de l'un de nous, en même temps qu'ils les distinguent de la plupart des cas de varices lymphatiques qui ont été publiés.* On ne trouve, en effet, nulle part chez ce malade les vésicules transparentes augmentant par la station debout et s'affaissant complètement sous la pression des doigts pour reprendre en quelques instants leur volume primitif, qui sont signalés dans ces observations.

La tuméfaction des extrémités osseuses et la confluence à leur périphérie des tumeurs suppurées conduisent à les considérer comme le point de départ des altérations.

Il s'agit, sans aucun doute, d'une maladie infectieuse.

L'hypothèse d'une septicémie circonscrite consécutive à l'ulcération des lymphatiques dilatés est bien peu vraisemblable. On ne connaît pas de tumeurs gommeuses de pareille origine.

Ces néoplasies s'observent dans la syphilis, le farcin et la tuberculose.

Les caractères objectifs des lésions permettent d'éliminer la syphilis.

Les inoculations du pus exsudé à des cobayes n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs au point de vue du farcin.

L'hypothèse d'une tuberculose locale, qui aurait pour point de départ les os du cou-de-pied, est donc la plus vraisemblable.

« Nous communiquerons ultérieurement les résultats des recherches que nous avons entreprises dans cette direction; si ils étaient négatifs, il faudrait admettre l'intervention d'un agent non encore déterminé (1) ».

Dans le cas de Hallopeau et Goupil, l'intensité du processus, les adénopathies, les lymphangiectasies gommeuses, rapprochent, il est vrai, le tableau clinique du thème, aujourd'hui bien connu, de la lymphangite gommeuse tuberculeuse, secondaire à diverses variétés de tuberculose des membres; mais la lymphangiectasie tuberculeuse reste cependant individualisée par le fait de l'ectasie lymphatique, de la pachydermie lymphangiectasique, de l'envahissement en masse, et de la propagation à tous les tissus et appareils du membre atteint.

Voilà la question posée, le chapitre des lymphangiectasies cutanées ouvert; nul doute que des observations et des études *nouvelles*, ne viennent prochainement apporter les éléments d'une description que nous n'avons fait qu'ébaucher. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les recherches faites par JEANSELME ont montré que l'une des nodosités suppurées du malade de Hallopeau et Goupil contenait, en grand nombre, les bacilles caractéristiques de la tuberculose. E. B.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

RHINOSCLÉROME (1)

Tel est le nom que Hebra et moi avons donné à une affection que nous avons décrite pour la première fois en 1870, et qui, depuis, a été souvent observée tant par nous que par d'autres auteurs ; en raison de sa tendance destructive, cette affection présente une grande importance pratique.

Comme le nom l'indique, l'affection atteint d'ordinaire le nez et les parties voisines, ainsi que la muqueuse attenante ; elle se présente sous

---

(1) Bien qu'elle ait encore généralement cours aujourd'hui, la dénomination de *Rhino*sclérome ne saurait être acceptée comme définitive par cette raison que nous avons produite — notes de la 1re édit., 1881, T. II, p. 231, note 2 — que le « sclérome » n'étant pas exclusif à la région du nez, il était inadmissible de dire *rhino*sclérome du *pharynx*, de la *bouche*, du *larynx,* de la *trachée*, de l'*oreille*, etc., etc. Une dénomination nouvelle devra être créée aussitôt qu'un élément caractéristique histologiquement aura été unanimement adopté : par exemple, *gléosclérome — glée* bacillaire — si on ne trouve rien de mieux.

La bibliographie à peu près complète du rhinosclérome depuis son origine en 1870-1872 — J. Hebra, Uëber ein eigenthüm. Neugebilde an der Nase. — Rhinosklerom, *Wien. med. Wochensch.*, 1870, n° 1 et Kaposi, *Wirchow's spez Pathol. u. Therap.*, 1872, III, 2, p. 288 — jusqu'à l'année 1889, incomplètement, est exposée dans le mémoire important de Vittorio Mibelli — Beitrage zur Histologie des Rhinoskleroms, Aus Dr Unna dermatologischem Laborat. in Hamburg, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* ; Band : 1889, n° 12.

On consultera, *à sa suite*, Giovanni Melle, I bacilli di Rinoscleroma, relazione del prof. L. Armamni alla R. Acad. med. chir. di Napoli, 1888. Rydigier, Ueb. Rhinoskl. Beitr. z. *Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 29 ; Laquer, Ein fall v. Rhinoskl., *eod. loc.*, n° 28 ; Wolkowitsch, Das Rhinoskl., *Arch. f. klin Chir. v. Langenbeck*, 1886, t. XXXVIII, n° 2; A. W. Finch Noyes, Rhinoskl., *The brit. med. Journ. of dermat.*, 1890, vol. II, p. 106 (tous ces derniers travaux analysés dans les *Ann. de dermat.*, 3e série, t. I, 1890) ; Hallopeau, *Traité de pathol. gén.*, 3e édit., Paris, 1890 ; Paltauf, Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, Janvier 1890 ; *Semaine médicale*, 1890, p. 31 ; A. Lutz (du Brésil), Zur Kasuistik des Rhinoskleroms, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XI, 1890, p. 49; A. Pawlowsky, Kieff, Zur Lehre ü. d. Ætiol. u. Pathol. d. Rhinoskl. m. besond. Berücksichtig. u. d. Phagocytose, u. d. Hyalinbildung, *Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.*, T. I, p. 601, 1890.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

forme de plaques, de bourrelets, de nodosités de la peau et de la muqueuse et surtout de la cloison des ailes du nez, ainsi que de la partie avoisinante de la lèvre supérieure (1). Ces productions sont planes ou forment un léger relief, nettement limitées, isolées ou confluentes, douloureuses à la pression, très dures, élastiques ; on peut avec le doigt glisser sous le bord libre des plaques, et les détacher en quelque sorte des parties sous-jacentes ; elles sont complètement infiltrées dans la peau, et ne peuvent par conséquent être déplacées qu'avec elle.

Leur surface présente la coloration normale de la peau, ou bien une couleur variant du rouge clair au rouge gris foncé ; elle est luisante, parcourue par quelques vaisseaux ; on n'y rencontre ni poil, ni follicule ; elle est recouverte, comme une chéloïde ou une cicatrice hypertrophique, d'une couche épidermique lisse ou finement rugueuse, fissurée par places. La peau avoisinante n'est le siège d'aucune manifestation anormale, telles que : inflammation, gonflement, œdème, etc.

L'affection débute d'ordinaire par une aile du nez ou par la cloison nasale. Il se manifeste tout d'abord, et sans aucun symptôme inflammatoire, un épaississement et une induration de la cloison, ou bien d'une ou des deux ailes du nez. Après quelques mois, les ailes du nez semblent élargies, de sorte que le contour de l'organe paraît aplati comme un nez camus. Au toucher, le nez semble moulé dans du plâtre, tellement il est roide et immobile ; et on n'arrive pas à en rapprocher les parois en les pressant entre les doigts. Par les progrès de cet épaississement, les parois se rapprochent, rétrécissent l'orifice des narines, et arrivent même à l'obstruer complètement. Pendant ce temps, l'induration gagne la lèvre supérieure ou le pourtour de l'ouverture buccale (cas de Billroth) qu'elle rétrécit considérablement ; puis elle gagne les gencives et les alvéoles dentaires, sans toutefois pénétrer jusque dans leur intérieur. Plus fréquemment encore, elle atteint, en arrière, les cornets, obstruant ainsi la cavité nasale et intéressant le voile du palais.

Une fois seulement, nous avons vu, à côté d'un gonflement du tem-

(1) Le nez, l'appareil nasal sont bien le *lieu d'élection*, le centre essentiel du rhinosclérome ; mais sans aucun caractère exclusif. D'après l'analyse de 85 cas publiés, Wolkowitsch, *loc. sup. cit.*, a relevé les chiffres suivants : la fosse narine était affectée dans 81 cas (95 p. 100) ; le pharynx dans 57 (67 p. 100), le larynx dans 19 (environ 22.5 p. 100), la trachée dans 5 (environ 6 p. 100), la région externe du nez dans 74 (environ 90 p. 100), la lèvre supérieure dans 46 (54 p. 100), le prolongement alvéolaire du maxillaire supérieur dans 16 cas (environ 19 p. 100), le palais dans 27 (20 p. 100), la langue dans 4 (environ 4,7 p. 100), la lèvre inférieure dans 2 (environ 2,4 p. 100), le sac lacrymal dans 5 (environ 6 p. 100), enfin l'oreille dans 1 (environ 1.2 p. 100).
E. B. — A. D.

poral, se former une série de tumeurs dures sur la partie des joues qui recouvre le maxillaire supérieur, de sorte que le dos du nez était comme aplati et enfoncé dans les parties voisines.

Pick a vu une fois, à côté du rhinosclérome du nez une induration analogue de la peau, en forme de bourrelet, des deux côtés du conduit auditif. J'ai observé également une induration de ce genre d'un seul côté à la circonférence inférieure de l'orifice de l'oreille.

Pendant les années que dure cette affection, on n'observe jamais d'ulcération ni aucune autre manifestation indiquant une métamorphose régressive de la néoformation; tout au plus peut-on y trouver des excoriations superficielles, très rarement une diminution de consistance ou une fonte interstitielle (M. Zeissl). Si l'on en excise une partie, on est étonné de voir avec quelle facilité le bistouri pénètre dans une masse aussi rigide ; dans ce cas, on n'observe jamais de suppuration, ni de destruction de la portion restante, mais la surface de la plaie se recouvre aussitôt d'une croûte mince et l'épiderme s'y reforme en peu de temps. Par contre, le néoplasme se régénère rapidement aux endroits où on en a enlevé une partie et même à ceux où il a été extirpé en totalité.

La lésion ne gagne que tardivement, d'ordinaire, la muqueuse de la cavité buccale, des gencives, du voile du palais. Les gencives sont épaissies, les dents s'ébranlent et tombent, et les alvéoles s'atrophient. Au contraire, sur le voile du palais, l'arrière-cavité des fosses nasales, les piliers du pharynx, elle peut apparaître de bonne heure, et même être primaire, avec ou sans manifestation sur la partie cutanée du nez.

Les piliers du voile du palais se présentent alors sous forme de brides luisantes, d'apparence cicatricielle, ayant encore au début la coloration des muqueuses, mais qui plus tard prennent un aspect blanchâtre, deviennent rigides, et arrivent à faire disparaître complètement, en se rétractant, le voile du palais, après avoir présenté les déformations bizarres et les adhérences à la paroi postérieure du pharynx, que l'on n'observe le plus souvent que dans la syphilis. A ces lésions s'ajoutent des érosions du voile du palais, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes, mais toujours superficielles, ressemblant tout à fait aux ulcérations syphilitiques, ne déterminant aucune douleur, ne présentant ni inflammation, ni infiltration et ne creusant pas en profondeur.

Je ne saurais dire encore aujourd'hui comment se font les perforations complètes du voile que l'on observe souvent.

Dans quelques cas, nous avons vu la lésion se propager à l'épiglotte, à la muqueuse du larynx, avec immobilisation et renversement de l'épiglotte et sténose glottique; dans un cas, elle s'accompagnait d'aphonie, de suffocations et d'attaques épileptiformes.

D'après une observation faite par Catti et par moi, la muqueuse laryngienne paraît aussi pouvoir devenir le siège primaire ou le seul siège du rhinosclérome, et, d'après O. Chiari, le processus s'étend parfois aussi à la trachée. Ces derniers rapports ont été étudiés à fond par Ganghofner, puis par O. Chiari et Riehl. D'après cela, il me semble également vraisemblable, qu'une partie (non toutes) des processus de sténose de la muqueuse laryngienne connus jusqu'à présent sous des noms différents appartiennent au rhinosclérome (chorditis vocalis inf. Gerhardt; inflammation chronique provoquant de la sténose, etc., Ganghofner, forme qui doit être rapportée à la blennorrhée chronique, Störk).

Quant aux symptômes subjectifs, à part la défiguration du visage, il faut signaler la douleur à la pression, la gêne respiratoire tenant à l'occlusion de la cavité nasale, et les troubles fonctionnels dus au rétrécissement de l'orifice buccal, de l'ouverture laryngée, ainsi que le danger final de l'asphyxie, qui a pu être empêchée chez certains de nos malades par la trachéotomie faite en temps opportun; toutefois cette asphyxie est survenue subitement chez un malade de ma clinique. La maladie, malgré une durée de plusieurs années, n'a aucune influence sur l'état général. L'occlusion du canal nasal donne lieu comme complication à de la dacryocystite.

Quant au diagnostic, il faut dire que le rhinosclérome était toujours autrefois, et est encore aujourd'hui en raison de son siège au nez, confondu avec les gommes syphilitiques. Les lésions de la muqueuse pharyngée et palatine ne peuvent que confirmer l'erreur de diagnostic. Mais si l'on tient compte de la dureté considérable du tissu, que Hebra a comparée avec raison à celle de l'ivoire, de l'absence complète de ramollissement et d'ulcération, du siège tout particulier et du développement spécial de l'affection, de sa résistance à l'incision et de l'inefficacité des médications antisyphilitiques locales ou générales, on arrivera à se convaincre du caractère tout spécial de l'affection de de ses différences avec la syphilis.

Je comprends plus facilement que l'on puisse confondre certaines formes de rhinosclérome avec une chéloïde, un rhinophyma, un épithéliome nodulaire (infiltré) ; toutefois, seulement dans le cas de développement limité du rhinosclérome. Une fois que celui-ci prend l'extension que nous avons indiquée plus haut, ses caractères deviennent de plus en plus tranchés (1).

Comme lésion anatomique, j'avais considéré d'abord l'infiltration

(1) Il en est du diagnostic du rhinosclérome comme de celui d'un grand nombre d'autres affections : parfois absolument facile, d'autres

épaisse de petites cellules, dans le chorion et les papilles, comme l'élément essentiel du rhinosclérome (fig. 46) et pensé qu'il fallait le rapprocher du sarcome à petites cellules. Geber et après lui Mikulicz ainsi que les auteurs ultérieurs ont considéré cette même lésion comme la manifestation d'une inflammation chronique, ayant trouvé dans les cas

---

fois très difficile, et ne pouvant être démontré que par la biopsie, et à l'aide de la caractéristique bacillaire.

Pour le médecin qui en a vu un grand nombre de cas, l'éducation personnelle rend l'erreur très rare, et, pour celui qui n'en a jamais vu, mais qui a présente à l'esprit la description magistrale qui en a été donnée par HEBRA KAPOSI, la difficulté absolue reste très légère. — Nous croyons être — E. B. — le premier observateur qui ait diagnostiqué un cas de rhinosclérome en France et à Paris — 1883 — sur un malade à nous adressé par VERNEUIL, et qui a été examiné histologiquement ensuite par Cornil, pour faire la preuve anatomique — Voy. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1883. — Jamais nous n'avions observé de cas de rhinosclérome lequel, nous allons le dire tout à l'heure, n'existe ni en France ni à Paris, et nous n'avons eu véritablement aucune difficulté à vaincre, tant les caractères étaient typiques.

Le diagnostie différentiel est à établir surtout entre les *syphilomes*, le *lupus vulgaire*, le *carcinome dur*, très exceptionnellement avec des lésions irritatives simples, ou tuberculeuses, etc.

Toutes les fois où il s'agit de lésions *cutanées*, dans les cas où l'affection est étendue, la différenciation s'établit aisément, ne serait-ce que par exclusion des caractères propres aux syphilodermes, aux lupus et à l'épithéliome, que nous n'avons pas besoin de rappeler puisqu'ils sont exposés à propos de chacune de ces affections.

Sur les muqueuses atteintes exclusivement, sans le secours de la caractéristique des lésions cutanées, la difficulté est beaucoup plus grande, et la distinction réclame une discussion éliminatoire. Les bases de ce diagnostic ont été établies avec soin dans ses lignes principales par O. CHIARI et G. RIEHL — Das Rhinoskl. der Schleimhaut, *Zeitschr. f. Heilk.* 1855 et *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1886, n° 19. Les voici résumées :

Les infiltrats du rhinosclérome se distinguent au début par leur forme aplatie ou tubéreuse, leur grande dureté et leurs contours nettement limités. La teinte rouge brun pourrait amener une confusion avec la syphilis, mais les infiltrations syphilitiques sont toujours accompagnées de l'inflammation du pourtour, et de la turgescence veloutée des parties atteintes de la muqueuse, symptômes qui font défaut dans le rhinosclérome. La différence est beaucoup plus marquée quand survient la métamorphose régressive. Les infiltrats syphilitiques s'ulcèrent dans leurs parties les plus anciennes, c'est-à-dire dans leurs parties centrales, et il se produit consécutivement des ulcères profonds recouverts d'un dépôt lardacé, à bords nettement limités, et entourés par des masses infiltrées. Dans le rhinosclérome, l'ulcération, quand elle a lieu, est tout à fait superficielle, sans contour nettement limité, et recouverte d'une simple couche de pus. Enfin l'ulcération syphilitique arrive au

avancés une partie des cellules rondes transformées en cellules fusiformes et en tissu connectif qui se rétracte ensuite, tandis qu'une autre partie des cellules rondes se résorbe. Billroth, qui a rencontré, dans une portion rétractée, une véritable néoformation osseuse, est du même avis. Tanturri seul croit devoir rapporter l'état histologique à un épi-

---

bout de quelques semaines à la cicatrisation, tandis que les nodosités du rhinosclérome peuvent présenter le même aspect pendant des mois. Les cicatrices syphilitiques sont ordinairement accompagnées de pertes de substance profondes, de forme souvent rayonnée et boursouflée; celle du rhinosclérome sont en général diffuses dans la muqueuse, par suite de la résorption des infiltrats. Ce n'est que dans les formes noueuses, au palais, et sur la face postérieure du voile, qu'il se produit des cordons cicatriciels en forme de réseau, ou rayonnés.

Dans le rhinosclérome, les ganglions lymphatiques ne sont que rarement très tuméfiés comme dans la syphilis. Enfin, les caractères généraux de la syphilis manquent, et le traitement spécifique est sans action.

La ressemblance avec le lupus est encore moins marquée. La tendance du lupus à la formation de petites nodosités, de productions papillaires, la mollesse des infiltrats permettent de le reconnaître à première vue. Les pertes de substance profondes des ulcérations lupeuses ont quelque chose de très caractéristique.

Les bourrelets du larynx, dans le rhinosclérome, se distinguent de ceux de la syphilis, de la tuberculose, du catarrhe aigu par leur teinte grise, leur dureté, et leur peu de résistance à l'ulcération. Cependant ils peuvent se confondre avec ceux qui se produisent à la suite de la périchondrite chronique. La trachée peut aussi être affectée par ces maladies comme par le rhinosclérome, et, au point de vue histologique, les deux processus sont identiques, ce qui a conduit Ganghofner à regarder toutes ces formes de sténose du larynx comme une même maladie, qu'il désigne sous le nom de sclérome du larynx, et qui ne donne pas toujours lieu au développement du rhinosclérome externe.

La dureté d'un carcinome pourrait aussi amener une confusion avec le rhinosclérome, mais la tendance du premier à l'ulcération, la participation des glandes, l'extension au périoste, l'absence de cicatrisation, la cachexie rapide offrent des points de repère suffisants pour le diagnostic.

A tous égards, le bacille de Frisch présente, à notre sens, une importance capitale dans l'étude du rhinosclérome; ses rapports avec les pneumo-bactéries de Friedländer sont illusoires; son individualité serait établie par ce seul fait que le rhinosclérome est une maladie localisée à certaines régions, tandis que les pneumo-bactéries sont ubiquitaires. Au point de vue pratique (chose considérable), le diagnostic de la lésion peut, dans les cas douteux, être tranché par le fait de l'existence ou de l'absence du bacille, qui présente à cet égard une valeur comparable à celle du bacille de Hansen et de Neisser dans la lèpre, ou du bacille de Koch dans la tuberculose. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

théliome ou à un adénome, ce qui n'est sans doute pas exact. Nous avons, dans un fragment excisé de la région de la lèvre supérieure, trouvé la transition du tissu sclérosé en cartilage vrai (fig. 47), et enfin O. Chiari a décrit toutes ces formes de transition en tissu conjonctif, en cartilage et en ossification, dans le rhinosclérome de la muqueuse trachéale d'une malade de notre clinique, morte de suffocation. Cet auteur croit, il est vrai, que les os et les cartilages proviennent d'ecchondroses et d'exostoses périchondritiques et périostales qui ont formé des excroissances ramifiées et par conséquent ne laissent pas voir sur la plupart des coupes la connexion avec le périchondre et le périoste, et qu'ils ne procèdent nullement de l'infiltrat cellulaire du rhinosclérome.



Fig. 46.

Coupe verticale de rhinosclérome (de l'aile gauche du nez) à son début.

a, épiderme; *b*, réseau muqueux; *c*, papilles; *d*, chorion, les deux derniers présentent une infiltration uniforme et épaisse de cellules, et sont parsemés de quelques vaisseaux.

Ceci ne concerne nullement ce que j'ai trouvé comme disposition cartilagineuse (fig. 47) au centre du sclérome de la lèvre supérieure. En tenant compte de tous les rapports ci-dessus indiqués, je préfère cependant considérer le rhinosclérome, qui présente l'aspect clinique et la tendance ordinaire des néoplasmes à se propager et à détruire les tissus voisins, comme une néoformation véritable; et je voudrais à ce titre le comprendre parmi les sarcomes dont il se rapproche tout particulièrement.

Quant aux causes de cette affection extraordinaire, je ne puis dire qu'une chose, c'est qu'elle ne paraît pas être constitutionnelle. Plusieurs de mes collègues, dans une discussion verbale, et Mikulicz dans sa publication, ont émis l'opinion qu'elle pourrait bien être liée à la syphilis, peut-être à la syphilis héréditaire. Je ne connais aucune raison sérieuse pour admettre cette opinion, ni dans le développement, ni dans la marche du processus, ni dans les conditions individuelles des malades qui en sont atteints. Au contraire, le fait, constaté par tous les auteurs, que le rhinosclérome n'est modifié en aucune façon par un traitement antisyphilitique local ou général, plaide contre cette opinion.

Par contre, l'hypothèse d'une cause infectieuse pour le rhinosclérome est devenue très vraisemblable. Elle a été suscitée, par la découverte de la présence constante de petits bacilles dans le tissu du rhinosclérome, découverte faite en 1882 par Frisch; les travaux postérieurs de Pelizzari, Barduzzi, Cornil et Alvarez, Köbner, Paltauf et Eiselsberg, avec

lesquels concordent également nos recherches et celles de Lustgarten, ont rendu cette hypothèse fort plausible.

Cornil et Alvarez trouvèrent, par des méthodes déterminées de colo-



Fig. 47.

Rhinosclérome. — Nodosités de la lèvre supérieure.

a, infiltration de petites cellules de nodosité de rhinosclérome (comme dans la figure 46) qui, en *b*, passe dans le tissu conjonctif fibreux. Au centre, en *c*, tissu cartilagineux (substance intercellulaire filamenteuse et cellules cartilagineuses en prolifération) dans lequel, en *d*, l'infiltration des petites cellules pénètre en forme de prolongements.

ration, les bacilles entourés de capsules ovoïdes d'une substance « colloïde », par suite de la confluence desquelles les éléments arrondis, semblables à des cocci, ou ovales et analogues à des bâtonnets, sont disposées en séries rapprochées de deux à quatre; ils n'ont jamais vu ces bacilles

à l'intérieur des cellules, mais seulement dans les ganglions lymphatiques. Frisch avait indiqué comme leur siège les grosses cellules du rhinosclérome, gonflées d'une manière caractéristique, décrites d'abord par Mikulicz ; les plus récents auteurs, Paltauf et Eiselsberg, les ont trouvés également dans les masses de protoplasma, qui, d'après eux, correspondent à ces cellules ou aux noyaux dégénérés qui leur succèdent.

Ces derniers auteurs les décrivent comme des bacilles de deux à trois μ

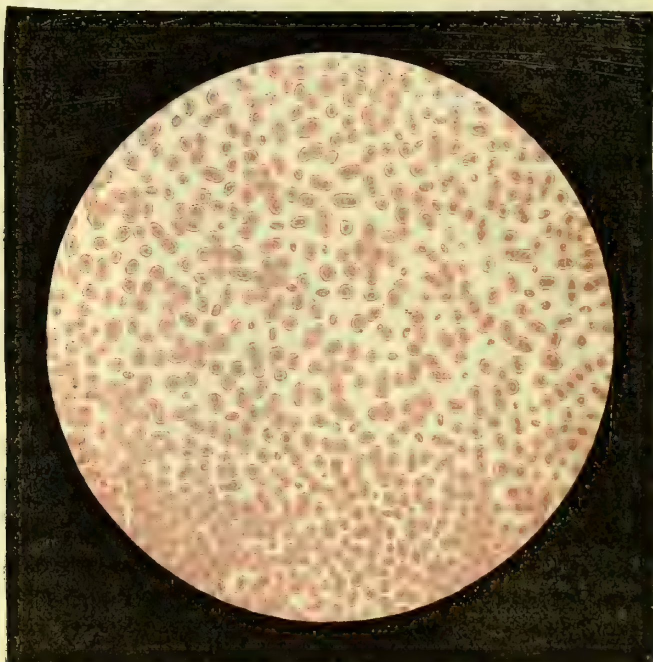


Fig. 48.

Rhinosclérome (bacilles encapsulés).

Culture pure provenant de suc récent de tissu, obtenue à une température de 36 à 38° C., dans l'espace de vingt-quatre heures, sur de l'agar-agar et colorée dans une solution aqueuse de violet de méthyle.

de longueur, ou comme des cocci encapsulés, ovoïdes et même presque arrondis, réunis la plupart du temps en diplococci.

Frisch et Barduzzi ont fait, dès cette époque, des cultures pures avec ces bacilles. Ils les obtiennent dans une culture pure abondante, à une température de 36 à 38 degrés, dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, avec du suc récent du tissu provenant d'une nodosité excisée sur le vivant. La préparation reproduite dans la figure 48 provient d'une culture de ce genre obtenue d'une malade de notre clinique. Mais d'après les recherches les plus récentes sur ce sujet, les bacilles du

rhinosclérome ne peuvent être distingués, ni morphologiquement ni par la culture, des cocci de la pneumonie de Friedländer, ni des microorganismes encapsulés qui surviennent, d'après Klamann et Thost, dans l'ozène et dans des affections catarrhales simples du nez.

Mais Paltauf et Eiselsberg croient, d'après des expériences sur les animaux, devoir attribuer aux cocci de la pneumonie une virulence plus grande qu'à ceux du rhinosclérome.

Si l'on considère les rapports ci-dessus indiqués de la localisation du rhinosclérome, le développement constant des productions de l'orifice du nez et de la muqueuse nasale, l'envahissement souvent primaire ou tout au moins consécutif des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne, enfin l'existence de processus inflammatoires de rétraction de ces parties de la muqueuse consécutivement à des catarrhes chroniques (Stœrk, Ganghofner, Schrötter, O. Chiari, etc.), il est permis de supposer qu'il existe un rapport, alors même qu'il n'a pas été clairement défini jusqu'à ce jour, entre les bacilles des catarrhes et ceux du rhinosclérome et entre ceux-ci et la tumeur nommée en dernier lieu.

Mais tout ceci n'est qu'une hypothèse; il en est de même de l'opinion d'une cause infectieuse, bactérienne du rhinosclérome, fondée sur la présence réelle de bacilles.

Car des essais d'inoculation que j'ai pratiqués, deux fois sur le museau du chien avec du tissu vivant de rhinosclérome, sont restés sans résultat, tout comme les expériences analogues de Paltauf et d'Eiselsberg (1).

J'en ai jusqu'ici observé environ quarante cas, tant chez les hommes que chez les femmes, d'un âge moyen, entre quinze et quarante ans, chez des personnes de toute condition, habitant notre pays et chez

---

(1) Après être restées longtemps négatives — voy. encore DITTRICH, zur Ætiologie des Rhinoskleroms, *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1889, n° 5, p. 145 — les inoculations du bacille de Frisch ont réussi entre les mains de A. PAWLOWSKY, de Kieff. Des expériences communiquées par lui au dixième Congrès internat. de Médecine à Berlin, en août 1890, il ressort que les bacilles du rhinosclérome sont pathogènes pour les animaux; que, dans leurs tissus envahis, on constate les phénomènes de la *phagocytose*, un processus lent de granulation avec production de grandes cellules épithéloïdes vacuolées, et, ce qui dans le rhinosclérome est caractéristique, la formation de *corps hyalins*.

Dans le rhinosclérome étudié sur l'homme, les bacilles pris par les cellules y dégénèrent ; leurs capsules laissent passer les éléments liquides du protoplasme à leur intérieur, et augmentent de volume; en dégénérant, ils prennent le brillant hyalin; de même, le protoplasme qui les entoure subit les transformations hyalines.

La matière hyaline découverte par v. RECKLINGHAUSEN est donc,

lesquelles on ne pouvait trouver aucune trace de dyscrasie spécifique, de scrofulose, de tuberculose, etc. Aussi, pendant toute la durée de l'affection, l'état général n'est-il nullement altéré.

Le pronostic du rhinosclérome est grave ; car la lésion tend toujours à s'étendre, du moins d'après les observations que l'on possède actuellement; il récidive même après des extirpations réitérées, et s'il ne détermine pas le marasme, il met la vie en danger par les troubles fonctionnels et les accès de suffocation que nous avons mentionnés.

Jusqu'ici, on n'a encore trouvé aucun traitement curatif. Toute médication antisyphilitique, locale ou générale, s'est montrée inefficace.

La seule chose que l'on puisse entreprendre, c'est l'extirpation d'une portion ou de la totalité du mal, surtout là où il arrive à provoquer des troubles fonctionnels. Ainsi, dans le cas de rétrécissement de l'ouverture nasale, on cherchera à obtenir une dilatation à l'aide de laminaire, d'un drain, d'éponge préparée, etc.; dans les cas plus avancés, on excisera des lambeaux, on aura recours à la potasse caustique; il est rationnel aussi de cautériser avec une pommade pyrogallique (10 p. 100), le Paquelin ou la galvano-caustique, etc.; tous ces traitements devront être répétés de temps en temps, le néoplasme se reproduisant d'une facon rapide (1).

Même des extirpations en apparence totales ont été pratiquées chez quelques-uns de nos malades, dans un cas, trois fois par Salzer, sans pourtant pouvoir empêcher une néoformation ultérieure. Des injections interstitielles d'une solution de Fowler, d'acide osmique, salicylique

---

dans le rhinosclérome, le produit de l'action commune des bacilles et du protoplasma; mais, pour que la matière hyaline puisse s'y produire, il faut absolument le microbe qui doit être inclus dans le protoplasme cellulaire; l'auteur pense que la matière hyaline se forme peut-être de la même façon dans d'autres processus infectieux.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les auteurs qui se sont occupés de la question du rhinosclérome, à part de rares exceptions au nombre desquelles il faut placer WOLKOWITSCH, *loc. sup. cit.*, ne semblent pas frappés de ce fait, pourtant bien significatif, que le rhinosclérome n'existe que dans des pays déterminés, les provinces orientales de l'Autriche, sud-ouest de la Russie, l'Amérique centrale, etc.

Nous pouvons affirmer que la maladie n'existe pas à Paris; les cas que nous y avons observés étaient tous étrangers, ou exotiques.

A notre sens, cela suffit pour ruiner toutes les conceptions qui ont voulu faire du bacille du rhinosclérome, un microbe banal à action éventuelle, et pour indiquer qu'il s'agit certainement d'une maladie extrinsèque, à origine inconnue, mais certainement parasitaire.

E. B. — A. D.

(Lang) n'ont pas donné de résultat et ont provoqué tout au plus une gangrène partielle.

Par contre, cette médication paraît donner des résultats un peu plus favorables contre les nodosités de la muqueuse, par exemple chez une de nos malades, au palais, et suivant Ganghofner, Catti, H. Chiari, au larynx.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

LUPUS (1)

Lupus vulgaire, dartre rongeante, esthiomène, telles sont les diverses dénominations que l'on a données à une maladie chronique de la peau, des muqueuses avoisinantes, caractérisée par de petites nodosités rouges, rouge brun, profondément enchâssées dans le chorion, et qui, après avoir traversé différents stades, amène l'ulcération ou l'atrophie cicatricielle de la peau.

Le mot « lupus » a passé de bonne heure du langage vulgaire dans la terminologie médicale, pour désigner les ulcères rongeants (*noli me tangere*, *tentigo prava*, *herpes esthiomenos*) qui tendent constamment à s'étendre sur les tissus voisins, et comme le disait Manardus : *Quasi lupus famelicus proximas sibi carnes exedit.*

Puis vint une époque où l'on ne comprit plus sous le nom de lupus, que les ulcères de la jambe, de sorte que Sennert, en 1610, pouvait écrire : *Lupum vero appellant, si in tibiis et cruribus sit; in reliquis vero corporis partibus, et si ejusdem sit pravitatis, lupum absolute nominari non censent!* Environ cent ans après, Jean Dolée fit remarquer que

---

(1) Dans la question du lupus, la manière de voir des traducteurs diffère de celle de l'auteur sur un si grand nombre de points, qu'ils eussent été obligés d'interrompre trop souvent le cours du texte; pour cette raison, les *notes* et *commentaires* seront réunis à la fin de la *leçon*. D'autre part, la nature tuberculeuse du lupus, et la nature lupique de tuberculomes cutanés divers, que l'auteur continue à contester, étant aujourd'hui arrivées à démonstration complète, il serait superflu d'ouvrir, à nouveau, un débat épuisé.

Nous jugeons plus utile au lecteur de borner notre intervention à l'exposé aussi bref que possible, mais aussi précis que cela est nécessaire, du *diagnostic*, du *pronostic* et du *traitement* du lupus, auxquels seront surtout consacrées nos additions — Voy. *Appendice des traducteurs*, pp. 431 et suiv. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

beaucoup d'auteurs appellent lupus les ulcères rongeants du nez. Mais ce n'est que depuis la fin du siècle dernier, depuis Willan-Bateman, que l'on comprend sous ce nom certaines productions tuberculeuses siégeant au visage, et qui peuvent aussi aboutir à l'ulcération. Depuis cette époque, le nom a été conservé, à part quelques divergences, à l'affection que nous allons étudier; sa symptomatologie a été éclairée par Rayer, Biett, Hebra et d'autres (1), mais c'est depuis ces dernières années seulement que ses lésions histologiques ont fait l'objet d'études approfondies (2).

Le lupus débute par de petites nodosités, de la grosseur d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle, profondément enchâssées dans le chorion, d'une coloration rouge ou brunâtre, pâlissant un peu sous la pression du doigt, sans disparaître toutefois (lupus maculeux de quelques auteurs), et peu perceptibles au doigt, puisqu'elles ne font pas saillie à la surface de la peau. Ces petites nodosités se forment pendant toute la durée du lupus et peuvent en être considérées comme l'efflorescence primaire.

Chacune de ces nodosités suit une marche assez régulière, et selon les caractères qu'elles revêtent, elles donnent lieu aux diverses formes de la maladie, lupus turgescent, exfoliant, ulcéreux, hypertrophique, végétant, toutes formes qui ne sont cependant que les diverses périodes de développement du même processus. Les nodosités ne s'accroissent que très lentement, mettant des semaines et des mois à s'étendre en surface, à proéminer et à devenir perceptibles et résistantes au toucher. En même temps, la confluence de plusieurs nodosités voisines détermine la formation de petites tumeurs plus étendues, plus volumineuses et pouvant avoir la dimension d'un pois, — lupus turgescent.

Puis ces nodosités et ces petites tumeurs, après avoir persisté pendant plusieurs semaines, tombent en régression; elles s'affaissent; leurs éléments se résorbent à la suite de modifications spéciales (métamorphose graisseuse), et l'épiderme, qui était tendu, luisant, se plisse, s'exfolie, — lupus exfoliatif.

Une fois la résorption complète, il reste à leur place une petite dé-

---

(1) Cazenave, Devergie, Bazin. E. B. — A. D.

(2) La période contemporaine féconde s'ouvre avec les travaux de Veiel, Rindfleisch, Berger, Jarisch, Lang, etc., etc.; elle entre en activité directe avec les publications de Köster, Friedländer, Schüppel, Charcot, Grancher, Thaon, etc., etc.; mais elle n'est définitivement instituée que par la découverte du bacille de Koch et les recherches de Friedländer, Max Schüller, Schuchardt, Krause, Doutrelepont, Cornil, Leloir, H. Martin, E. Vidal, Lailler, Quinquaud, E. Renouard, etc., etc. Ernest Besnier. — A. Doyon.

pression cicatricielle. Dans d'autres cas, en même temps que l'exfoliation, il se fait dans ces productions vasculaires une suppuration superficielle, avec ulcération, — lupus ulcéreux. Cette dernière modification atteint d'ordinaire les petites tumeurs confluentes.

Les ulcérations du lupus sont arrondies, à bords aplatis, rouges, mous, à fond rouge, granuleux, saignant facilement; elles sont indolores ou très peu douloureuses, et laissent s'écouler lentement une sécrétion purulente qui se dessèche et forme des croûtes épaisses. Pendant qu'une partie de la tumeur suppure, qu'une autre se résorbe, des bourgeons charnus se développent, comblent la perte de substance, et en amènent la cicatrisation.

Toutefois cette néo-formation est souvent troublée par des hémorrhagies et des inflammations intercurrentes qui entraînent une nouvelle destruction de tissu, l'apparition de nouvelles nodosités qui se métamorphosent à leur tour. On voit alors les bourgeons charnus donner lieu à des productions épaisses, papillaires, mamelonnées, et parfois même à des excroissances, cornées, verruqueuses, persistantes, — lupus papillaire, verruqueux.

Dans toutes les circonstances, que la lésion soit récente, qu'elle récidive ou qu'elle continue à se développer, la marche du lupus est toujours la même; les nodosités, une fois arrivées après des semaines et des mois à leur complet développement, s'exfolient ou s'ulcèrent et laissent une atrophie cicatricielle de la peau et de la muqueuse.

D'autres variétés sont produites par la disposition des éléments : tant que les nodosités affectent un ordre irrégulier, — elles constituent le L. disséminé, discret; si de nouvelles nodosités se développent à la périphérie des îlots anciens, comme cela peut arriver dès le début, ou comme cela arrive d'ordinaire lorsque le lupus augmente en étendue, et si les nodosités se rangent en arc de cercle, et se relient avec les voisines pour former des arcs plus étendus, on aura alors le L. serpigineux.

En s'étendant vers la profondeur, l'infiltration lupeuse peut atteindre le tissu conjonctif sous-cutané ou les cartilages des ailes du nez ou du pavillon de l'oreille. On a signalé aussi des cas de lupus perforant les aponévroses, les muscles, le périoste et les os; je crois cependant qu'il ne s'agit là que d'une complication inflammatoire, avec formation de produits inflammatoires spéciaux analogues à ceux de la scrofulose ou de la tuberculose.

O. Weber, Hebra, Esmarch, Lang, Schütz, Winternitz ainsi que d'autres auteurs, et moi-même, avons fait cette remarque intéressante, qu'il peut naître du lupus une forme très grave de carcinome, dont la trame histologique, comme je l'ai démontré dans un travail spécial (1879),

est fournie dans certaines circonstances par le lupus lui-même, notamment par la croissance atypique des prolongements du réseau dont il sera encore question plus tard.

Sur la muqueuse du nez, des gencives, de la voûte palatine, du voile du palais, du pharynx, il est difficile de reconnaître les nodosités récentes, formant de petites proéminences dures, du volume d'un grain de mil à celui d'une tête d'épingle, rouge brunâtre, recouvertes partiellement d'un épithélium grisâtre, en voie d'exfoliation, ou ulcérées et facilement saignantes. Plus tard, elles se réunissent en vastes plaques, à surface granuleuse recouverte d'un épithélium grisâtre, ou parsemées de fissures profondes, douloureuses, ou présentant une surface rouge, saignante, finement granuleuse. Là aussi, elles aboutissent à une rétraction cicatricielle.

Le tableau symptomatique du développement et de la marche du lupus se complique encore, suivant les différences de localisation qu'il présente, et dont nous allons examiner les principales.

Le nez est le siège le plus fréquent du lupus; il y débute dans le tégument des ailes du nez par la formation de petites nodosités, puis s'étend petit à petit sur la face dorsale et jusqu'à la racine.

Au bout de quelques années, les ailes se rétractent, la partie cutanée se transforme en tissu cicatriciel, se ratatine, le nez devient plus petit, comme si on l'avait usé par le frottement; ou bien une partie, ou même toute la portion cutanée et cartilagineuse, est entièrement détruite par l'ulcération. Dans ce cas, le nez peut par moments paraître augmenté de volume, en raison de la masse de croûtes qui s'y forme, ou encore de granulations papillaires. Mais quand celles-ci sont tombées, et que les excroissances végétantes ont disparu, on aperçoit la destruction d'une grande partie des ailes.

Le plus souvent, la muqueuse nasale n'est atteinte que par propagation du lupus cutané; mais fréquemment aussi la lésion y est primitive. Là il peut, pendant des années, déterminer des ulcérations et des croûtes et simuler l'eczéma chronique, jusqu'à ce qu'il se manifeste par la rétraction, la destruction, la perforation de la cloison, et sa propagation aux téguments voisins. Je n'ai jamais vu le lupus détruire la partie osseuse du nez ou le vomer.

Très souvent on trouve le lupus sur les autres parties de la face, les joues, les mâchoires, d'où il se propage au cou, où il revêt la forme du lupus serpigineux, sur les pavillons des oreilles, qui peuvent être complètement atrophiés ou détruits, sur le conduit auditif externe, les lèvres, les paupières. Dans ces cas, il se complique souvent d'engorgement chronique et de suppuration des glandes sous-maxillaires et parotidiennes, et réalise ainsi le cachet scrofuleux.

Rarement le lupus est primitif sur la conjonctive palpébrale ou bulbaire et sur la cornée (Neumann), d'ordinaire il n'y est qu'un prolongement de l'éruption des joues. La conjonctive est alors parsemée de petites granulations épaisses, sèches, brun rouge foncé, comme dans le trachome, et sur d'autres points, lisse, luisante, rétractée ; la cornée est recouverte d'un dépôt rugueux, analogue au pannus, et entravant considérablement la vision.

Par complication ou augmentation de l'inflammation, il survient dans quelques cas une déchirure de la cornée avec terminaison en staphylome et autres déformations analogues ou, comme nous l'avons vu une fois, de la panophthalmie et la perte de l'œil.

Sur le front et sur le cuir chevelu, le lupus est rarement primitif; d'ordinaire, il y arrive par propagation des foyers voisins.

Sur les muqueuses buccale, pharyngienne et laryngienne, le lupus est assez fréquemment produit par l'extension de la lésion des lèvres, parfois aussi il en est indépendant, et peut même y être primitif, plutôt encore que sur le reste du tégument. Dans ce cas, les gencives et la muqueuse de la voûte palatine se ramollissent, s'ulcèrent, deviennent saignantes, les dents tombent, l'épithélium de la langue est grisâtre, et le voile du palais s'ulcère ou se rétracte. Quand le lupus se localise sur l'épiglotte, les cordes vocales et le reste du revêtement laryngé, surtout vers la paroi postérieure, il détermine au début de l'enrouement ; plus tard, avec l'atrophie, une destruction ulcéreuse des tissus, une inflammation chronique et la formation d'excroissances papillaires ; une périchondrite et une chondrite laryngées, lésions qui peuvent amener une laryngosténose, et une série de troubles fonctionnels passagers ou persistants. Cependant ils ne déterminent directement la mort que très rarement, comme dans un cas communiqué par Breda.

O. Chiari et Riehl ont publié (1882) sur le lupus du larynx une étude plus approfondie, et parmi soixante-dix malades dont la plus grande partie appartenait à notre clinique, ils ont observé six fois cette localisation, proportion qui concorde assez avec celle de Holm et de Haslund.

J'ai vu, chez un jeune homme, le lupus siéger exclusivement sur le pénis et le scrotum.

Les membres supérieurs et inférieurs sont souvent le siège du lupus, surtout de la forme serpigineuse : il peut en occuper toute la longueur sur le côté de l'extension ou de la flexion, ou être localisé aux jointures, souvent aussi à la paume des mains et à la plante des pieds.

Au bout d'un certain nombre d'années, de quinze à vingt-cinq, par exemple, le lupus des extrémités amène, outre l'immobilisation et l'ankylose des articulations par suite de la rétraction cicatricielle de la

peau (pseudo-ankylose), des modifications très compliquées des tissus, et des déformations des membres.

A la suite des phénomènes inflammatoires réitérés et croissants, de dermatite, de lymphangite, d'érysipèle, de phlébite, toutes lésions qui déterminent et accompagnent la néoformation, l'ulcération et la suppuration des nodosités du lupus, il se forme le long des vaisseaux lymphatiques épaissis des tumeurs de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, qui se ramollissent et s'abcèdent. Ou bien on voit survenir des nodosités analogues à des gommes ou des périostites, la carie, la nécrose de certaines phalanges ou des os du métacarpe et du métatarse, et comme conséquence de ces lésions, la mutilation, la rétraction des doigts, et la déformation des mains, des jambes et des pieds que nous avons décrites à propos de l'*éléphantiasis Arabum consecutiva* (T. II, p. 133). La main déformée est en même temps épaissie, tant dans la peau que dans les os, large, difforme, et ressemble, par l'écartement de ses doigts, à la patte de certains animaux.

Mais c'est aux membres inférieurs que les modifications sont les plus marquées. La jambe est épaissie, semblable à une échasse : la peau, ainsi que le tissu conjonctif sous-cutané, les parties molles et les os, représentent une masse rigide, sur laquelle on ne peut faire un pli ; la surface du membre est rugueuse, çà et là luisante et tendue, sur d'autres points, recouverte de callosités épidermiques épaisses, d'excroissances verruqueuses ou d'autres aspérités. Le pied est irrégulièrement épaissi, élargi, sa face dorsale est tuméfiée en forme de bourrelet, souvent dans la position du pied en pointe, les orteils élargis et soudés de manière à n'en former qu'un seul, ils sont reconnaissables seulement par les sillons qui les séparent. Dans cette peau ainsi modifiée, il peut se faire encore pendant de longues années de nouvelles poussées de nodosités bien reconnaissables (fig. 51) ; d'autres fois, la production cesse, il ne reste qu'une dégénérescence éléphantiasique, et pour reconnaître son origine, il faut une grande expérience, si toutefois on ne trouve plus, sur d'autres point du corps, ou sur les extrémités supérieures, un lupus bien caractérisé.

De même qu'il peut être localisé à une des régions que nous venons de décrire, le lupus peut se montrer sur toutes, à la fois, chez le même sujet Quoique ces cas ne soient pas très fréquents, cependant, nous en avons quelques exemples : telle une femme de quarante ans, en traitement à la Clinique depuis plus de dix ans (1). Chez elle, un lupus dissé-

(1) Il serait difficile de donner, en aussi peu de mots, un tableau clinique général du lupus vulgaire plus complet que celui que vient de tracer le professeur Kaposi. Mais la multiformité de cette espèce de

miné et serpigineux occupait à la fois le visage, le tronc depuis la nuque jusqu'aux fesses, les jambes et les avant-bras.

La marche du lupus est, d'après ce que l'on vient de voir, chronique et de longue durée, non seulement pour les efflorescences prises isolément, mais surtout pour la maladie dans son ensemble.

Le lupus débute pendant la première enfance, de trois à six ans. Dans les cas les plus favorables, le mal se produit sur un point bien limité, et sur une étendue peu considérable, de la grandeur d'une pièce d'un centime ou de cinquante centimes, persiste pendant quatre à dix ans, puis disparaît pour ne plus reparaître, en laissant une atrophie cicatricielle. Ou bien après nombre d'années, il se forme un nouveau foyer de lupus, ou une récidive produite sur la place de l'ancien. D'où il est facile de commettre l'erreur de croire que, dans un pareil cas, le lupus arrive d'une façon primitive, par exemple à l'âge de quarante ans, tandis qu'il n'est au contraire qu'une récidive d'une première éruption.

Il est plus fréquent et moins favorable de voir une éruption de lupus, qui a débuté dans l'enfance, persister pendant quinze à vingt ans, avec des poussées successives sur une même région et s'étendre en surface jusqu'à un âge avancé. Mais les cas les plus fâcheux sont ceux où, dès le début, ou bien pendant les premières années, le lupus se présente à la fois sur plusieurs points du corps, par exemple, à la face et aux membres, ou bien en divers endroits du tronc. Dans ce cas, le lupus ne guérit pas pendant toute la vie, d'abord en raison de son étendue, et ensuite à cause de la difficulté que l'on éprouve à l'attaquer énergiquement sur un grand nombre de points à la fois. On a déjà beaucoup de peine à le maintenir dans des limites modérées.

De ces considérations résulte le pronostic à porter. Il est évident que celui-ci sera d'autant plus favorable, que le lupus sera isolé et moins étendu ; au contraire, un lupus existant dès le début sur plusieurs points, et notamment la forme serpigineuse, commanderont un pronostic plus sérieux, car les nouvelles poussées se faisant sur les bords

tuberculose cutanée est tellement grande, ses formes et ses variétés anatomiques, anatomotopographiques, régionales, etc., objectives, sont tellement multipliées qu'il faudrait, pour les décrire toutes, arriver à une minutie de détails qui dépasserait les besoins réels de la pratique médicale. Toutefois, il serait tout à fait insuffisant, pour le même objet, de ne pas avoir une base de différenciation plus précise entre les formes et les variétés essentielles du lupus qui comprend aujourd'hui la presque totalité de ce que nous avons appelé la scrofulotuberculose, ou tuberculose atténuée, de la peau et des muqueuses de rapport. Nous traiterons ce sujet à la fin de la *Leçon*, dans l'*Appendice* spécial que nous avons annoncé plus haut. — Voy. pp. 431 et suiv.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

des foyers anciens, ceux-ci ne feront que s'accroître rapidement. Alors même que le lupus est limité ou momentanément guéri, la crainte des récidives exigera un pronostic réservé. Cependant un traitement méthodique peut amener la cessation des poussées.

Toutefois le lupus, même très étendu, n'a aucune influence fâcheuse sur l'état général ; des sujets affectés de lupus presque généralisé, peuvent présenter le meilleur aspect, être robustes et n'avoir aucun trouble fonctionnel ; des femmes ainsi atteintes peuvent mettre au monde des enfants sains et vigoureux (1).

Ceci nous mène à rechercher les causes du lupus. Eu égard aux causes générales, on peut dire que le lupus comprend chez nous 66 p. 100 des cas de toutes les maladies de la peau, qu'il est un peu plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, et que vingt fois sur cent, il siège aux membres. Relativement à l'âge, nous avons dit, qu'à part de rares exceptions, la maladie apparaît dès l'enfance, rarement avant la troisième année, et au plus tard à l'époque de la puberté ; très exceptionnellement, soit sous forme de lupus persistant, soit sous forme de récidive, à un âge plus avancé, pouvant même aller jusqu'à soixante-dix ans.

Au reste le lupus s'observe en même nombre, avec la même intensité et dans les mêmes formes à la ville comme à la campagne, chez les riches comme chez les pauvres.

Les saisons, la profession, le genre de nourriture, n'ont aucune influence sur les recrudescences du lupus. Toutefois la marche de l'affection se modifie plus ou moins favorablement selon que le malade peut ou non se traiter d'une façon convenable.

Maintenant, quant aux causes spéciales ou directes, ce sont trois processus morbides avec lesquels on a mis le lupus vulgaire en rapport étiologique, depuis que l'on a étudié plus exactement sa pathologie et son anatomie ; ces processus sont la syphilis, la scrofulose et la tuberculose.

Certains auteurs, tels que Veiel l'ancien, Wilson et en partie Hebra lui-même ont voulu faire dériver de la syphilis héréditaire certaines formes de lupus, spécialement le lupus serpigineux et surtout celui qui est localisé aux membres, ainsi que celui du nez, de telle sorte que ce lupus ne représenterait pas à proprement parler de la syphilis vraie, mais bien une espèce dégénérée, une modification d'une syphilis des parents à peu près dans le sens où l'on se figurait, d'après Ricord, que

(1) Le pronostic du lupus est très variable selon les différents cas et ne peut être ainsi traité en bloc ; nous en indiquerons les bases, au lieu normal, c'est-à-dire après le diagnostic, — voy. plus loin, *Appendice des Traducteurs*, pp. 431 et suiv. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

la syphilis tertiaire ne se transmettait pas comme telle aux descendants, mais se traduisait chez eux sous forme de scrofulose des différents tissus et de la constitution.

Mais on n'a jamais démontré un rapport de ce genre. Au contraire, toutes les recherches touchant l'hérédité du lupus semblent plutôt indiquer qu'il n'a aucune relation avec la syphilis des parents, ni avec la syphilis en général. Des enfants issus de parents syphilitiques peuvent présenter une affection héréditaire, mais celle-ci se manifestera toujours sous forme de syphilis, mais jamais sous celle de lupus; l'analogie du lupus et de la syphilis ulcéreuse peut amener des confusions, mais ce sont là des erreurs de diagnostic. C'est même une rareté de trouver le lupus chez plusieurs enfants d'une même famille, et aucune observation ne prouve l'hérédité ni la contagiosité du lupus.

Divers auteurs, au reste, Hebra, Michaelis, ont vu, ainsi que moi, le lupus et la syphilis coexister chez le même malade. Ainsi un sujet atteint de lupus depuis de longues années fut infecté et présenta les signes d'une syphilis récente, roséole et plaques muqueuses, ce que l'on ne saurait comprendre si le lupus était de nature syphilitique. Étiologiquement, il n'y a donc aucune raison de créer une nouvelle forme de lupus, le lupus syphilitique, et comme nous le verrons, cela ne pourrait se soutenir, même au point de vue symptomatique.

Mais l'opinion émise depuis longtemps que le lupus est en rapport étiologique ou de parenté avec la scrofulose repose sur une base plus réelle. Déjà Fuchs avait rangé le lupus dans les scrofuloses, Wilson l'avait désigné sous le nom de scrofulodermie, Plumbe sous celui de maladie strumeuse, la plupart des anciens auteurs français l'avaient décrit sous la dénomination d'affection scrofuleuse, de scrofulide tuberculeuse maligne. En réalité, jusque dans ces derniers temps on n'a pas rattaché au terme de scrofulose une notion clinique nettement limitée. On a voulu provisoirement se représenter, ce que par exemple Billroth indique, à savoir que on désigne sous le nom de diathèse scrofuleuse un état dans lequel, après une légère irritation d'un point du corps, il survient une inflammation persistante après la cessation de l'irritation, aboutissant souvent à la suppuration ou à la caséification et ne gardant que plus rarement la forme d'un processus hyperplasique. Or si on considère comme l'expression de la scrofule, l'existence de ces inflammations, l'infiltration caséeuse des glandes, du tissu cellulaire sous-cutané, des articulations, ainsi que les ulcères à bords flasques et décollés et les nodosités gommeuses, périlymphangiotiques, puis les autres manifestations qui s'y rapportent, la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins, le gonflement de l'abdomen, l'insuffisance de la nutrition, les tumeurs blanches, en un mot tout l'habitus que l'on regarde d'or-

dinaire d'après les idées généralement admises comme l'expression de la scrofulose; de plus les diverses affections des yeux qui passent également aujourd'hui pour des symptômes de scrofulose (kératite, conjonctivite pustuleuse) et les maladies de la peau (lichen des scrofuleux, acné des cachectiques), il est constant que ces divers genres d'affections se trouvent chez un nombre considérable de malades atteints de lupus.

Mais cette coïncidence fréquente des symptômes de la scrofulose avec le lupus est pour les cliniciens un motif tout aussi insuffisant de faire provenir cette dernière affection de la première, que pour les anatomo-pathologistes (Virchow, Klebs, Baumgarten). Car une observation attentive du mode de développement des phénomènes chez de nombreux malades montre que le lupus représente le processus primaire; les inflammations scrofuleuses, le processus secondaire; elle indique également que la localisation, l'extension et l'intensité des affections scrofuleuses sont en rapport consécutif évident avec ceux du lupus.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les formes morbides scrofuleuses signalées ci-dessus manquent absolument chez un très grand nombre de malades atteints de lupus, ou ne surviennent que très tard.

Mais il faut tout particulièrement insister sur la différence clinique complète entre la scrofulose et le lupus, car toutes ces affections scrofuleuses de la peau, des glandes, des articulations et des os existent, comme on le sait, chez un très grand nombre d'individus durant toute leur vie comme maladie indépendante et distincte, sans présenter jamais pendant une longue période d'années l'aspect caractéristique du lupus.

L'expérimentation a fourni moins de points de repère pour l'hypothèse d'un rapport entre la tuberculose et le lupus, en ce qui concerne la tuberculose des poumons et des organes internes. Car une coïncidence de ces deux processus n'est certainement pas fréquente. elle est notamment beaucoup plus rare que celle de la tuberculose pulmonaire avec le lupus érythémateux, la lèpre et avec d'autres processus chroniques d'inflammation et de suppuration.

Ces rapports ont été jugés différemment dans ces derniers temps par une grande partie des spécialistes, puisque, appuyé sur la concordance de certains caractères anatomiques et bactériologiques, on émet la théorie que lupus, tuberculose et scrofulose, représentent essentiellement un seul et même processus morbide, la tuberculose; que le lupus et la scrofulose ne sont que des formes différentes de la tuberculose et qu'il faut considérer le lupus spécialement comme une tuberculose locale ou une tuberculose de la peau.

Primitivement, cette doctrine s'est appuyée sur une base anatomique. Friedländer avait, ainsi qu'autrefois Förster, trouvé dans le tissu lupeux des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, qui avaient été regardées, après les travaux de Langhans et de Schüppel, comme présentant la structure caractéristique du tubercule vrai. Köster, partant de là, avait vu dans l'inflammation fongueuse des articulations, et Schüppel, dans les glandes scrofuleuses, des tubercules vrais ; Friedländer crut devoir, en s'appuyant sur le même fait, considérer aussi le lupus et le scrofuloderme comme des processus équivalents, et l'un et l'autre comme de la tuberculose de la peau. Mais les cellules géantes perdirent très rapidement leur importance en tant que caractéristique du tubercule. Car elles ne se trouvaient ni régulièrement, ni à toutes les périodes de cette lésion; par contre, elles se rencontraient aussi dans les produits d'autres processus et des plus différents, dans l'ostéomyélite et la sclérose initiale (Köster), dans les papules syphilitiques (Griffini), dans le sarcome, le rhinosclérome, dans des granulations normales, et Ziegler avait même pu les provoquer expérimentalement. Il en résulte que les cellules géantes ne permettaient plus de caractériser le lupus comme tubercule. Les inoculations de lupus que Waldenburg, Cohnheim et Fränkel, Hänsel, etc., ont fait pour la plupart dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, déterminèrent parfois, il est vrai, la tuberculose de l'iris et du corps ciliaire, mais ne purent pas trancher la question, attendu que les expériences dont il s'agit ayant été faites dans la période antebacillaire et non avec les précautions enseignées depuis Koch, n'excluent pas l'inoculation de substances organiques et anorganiques différentes, après lesquelles également on voit survenir la tuberculose.

La découverte du bacille de la tuberculose par R. Koch et les méthodes exactes indiquées par ce savant initiateur constituèrent pour cette question une méthode plus précise et ouvrirent une voie déterminée pour sa solution. Car depuis lors jusqu'à ce moment, on regarde la présence du bacille de Koch comme le signe caractéristique de la tuberculose.

Avant Koch, Schüller avait signalé la présence des micrococci dans le lupus. Mais on ne sait pas exactement si cet auteur avait réellement eu affaire à des bacilles tuberculeux. Demme fut le premier qui fournit la preuve des bacilles de la tuberculose dans six cas de lupus. Il les trouva en petit nombre, quelques-uns dans des cellules géantes, Pfeiffer dans un cas de lupus de la conjonctive, Krause et Schuchard dans deux cas de lupus, et Leloir rencontra dans un cas un bacille. C'est Droutrelepont qui a pu présenter les résultats les plus nombreux. Il appela l'attention sur dix-huit cas qu'il avait examinés. Mais tandis que

les autres auteurs sont parvenus à découvrir, sur vingt à trente coupes, une seule renfermant quelques bacilles isolés, Doutrelepont a trouvé les bacilles sans exception, parfois même nombreux, en groupes de dix à douze. Koch lui-même signale aussi la présence de bacilles tuberculeux, il est vrai très peu nombreux, dans quatre cas de lupus. Il les rencontra dans des cellules géantes, cependant jamais plus d'un bâtonnet dans une seule cellule. Köbner et d'autres auteurs ont constaté un résultat analogue. La première expérience positive d'inoculation par l'introduction de fragments de lupus dans la chambre antérieure de l'œil du lapin a été obtenue par Schüller et Hueter. Des résultats positifs ultérieurs ont été signalés par Cornil et Leloir, ainsi que par Martin; ces auteurs déterminèrent, outre de la tuberculose de l'iris et de la cornée chez des lapins, une tuberculose générale par inoculation péritonéale chez des cobayes, tandis que les auto-inoculations de Vidal sont restées sans succès. Doutrelepont obtint également des résultats positifs sur l'iris. Koch lui-même rend compte des expériences très nombreuses qui se rapportent à ce sujet.

Il inocula dix-huit lapins dans la chambre antérieure de l'œil avec cinq cas de lupus.

Chez tous ces animaux, l'inoculation fut positive. Des inoculations sur huit cobayes donnèrent le même résultat. En outre, Koch institua des cultures pures du bacille provenant du lupus, dans lesquelles, du moins chez l'animal en expérience, la même virulence se produisit qu'avec des bacilles vrais de la tuberculose.

On pouvait également constater à notre clinique, quoique rarement, la présence de bacilles.

Il est remarquable, surtout si on s'en rapporte aux observations analogues faites sur la lèpre (Thin, etc.) et la syphilis (Lustgarten), que Julius Fürth, en examinant une nodosité lupeuse non ulcérée de la joue d'un malade de notre clinique, ait trouvé dans une cellule encastrée dans le réseau un groupe de bacilles comprenant huit individus.

Voilà les faits les plus essentiels qui, dans ces dernières années, ont été mis en lumière relativement à la question en suspens. Ils sont assez importants pour vous familiariser avec ces questions, puisqu'ils seront probablement complétés dans l'avenir et peut-être interprétés encore de différentes façons.

Pour la plupart des dermatologistes, ils paraissent également suffisants pour démontrer l'identité du lupus avec la tuberculose, et, en somme, aussi avec la scrofule. Car dans les papules du lupus on trouve des bacilles tuberculeux, et la sur-inoculation du tissu lupeux ou des bacilles qui en proviennent par culture pure à des lapins et des cobayes

a eu pour conséquence une tuberculose locale (iris et cornée) ou même une tuberculose généralisée, comme dans les inoculations péritonéales de Leloir et Cornil et de Martin.

Maintenant, les partisans de cette doctrine ont pu également faire valoir à l'appui de celle-ci la statistique de la coïncidence des affections scrofuleuses et tuberculeuses (Raudnitz, Pick, Pontoppidan, E. Besnier, Renouard, Haslund, Neisser, Block, Doutrelepont, Bender), notamment en ce sens qu'on a constaté cette coïncidence chez une proportion notable de malades atteints de lupus, et que beaucoup ou la plupart des lupeux succombent finalement à une infection tuberculeuse des organes internes, tuberculose pulmonaire (Weinlechner) ou de méningite tuberculeuse (Doutrelepont, etc.), affection tuberculeuse provenant d'un lupus de la peau. On prétend même avoir observé la transformation de la scrofulose en lupus vrai et de celui-ci en tuberculose de la peau (Volkmann, Neisser, König, Schüller, Köbner, etc.).

Selon moi, tous les faits énoncés ne suffisent nullement, bien que je les regarde, somme toute, comme justes, pour trancher la question dans le sens de l'identité des trois processus et dans le sens de la tuberculose. Car ces processus sont, soit susceptibles d'une autre interprétation, soit ne prouvent rien.

Puisque je ne peux poursuivre ici d'autre but que de vous faire connaître les faits matériels se rapportant à cette question, il faut donc renoncer à entrer dans une analyse plus détaillée et à vous montrer que les différentes interprétations dont ils sont susceptibles n'ont qu'une portée restreinte.

Je veux signaler simplement que la connexion assez fréquente de la scrofulose et de la tuberculose avec le lupus ne prouve en rien leur identité, puisque, comme Pick l'a fait remarquer avec raison, ces données statistiques devraient aussi être examinées comparativement pour d'autres processus chroniques d'inflammation et de suppuration; d'ailleurs l'évaluation de la disposition scrofuleuse et tuberculeuse est en général tout à fait subjective.

La rareté des bacilles que l'on trouve dans le lupus est cependant très frappante, et c'est encore une question de savoir si, en thèse générale, ils sont identiques aux bacilles tuberculeux, quand, comme les nouvelles recherches l'ont montré, même la concordance des propriétés morphologiques et tinctorielles des micro-organismes ne prouve l'identité des bacilles, ni sous le rapport de leur histoire naturelle, ni sous celui de la pathogénie.

On ne peut attribuer aucune valeur décisive pour la pathologie humaine aux résultats obtenus dans les expériences sur les animaux au moyen du tissu lupeux et du bacille qui en provient. En outre, ces

inoculations n'ont jamais donné qu'un produit que l'on pourrait considérer comme de la tuberculose et non comme du lupus.

On n'a pas encore pu provoquer directement ou indirectement du lupus.

De plus, on n'a fait aucune expérience pouvant justifier l'hypothèse que le lupus aurait été transmis accidentellement d'individu à individu, et que par conséquent cette affection est contagieuse, tandis que, par exemple, pour la lèpre on a souvent eu occasion de le constater.

Le caractère clinique du lupus reste typique, le processus durât-il cinquante ans et au delà chez le même individu. Il se complique, comme je l'ai dit précédemment, de formes morbides provenant de sa propre végétation : des verrucosités, l'éléphantiasis des Arabes, le carcinome avec des processus d'inflammation et de suppuration des formations sous-cutanées, lésions qui ont été réunies sous la dénomination générale de scrufulose. Mais malgré tout, jamais le lupus ne change son type clinique originel. Et quand, comme je l'ai indiqué autrefois, on prétend que la transformation du lupus en tuberculose de la peau survient souvent, je suis au contraire forcé de déclarer que cette transformation n'a jamais lieu, s'il s'agit de tuberculose vraie de la peau.

Car nous connaissons une tuberculose vraie de la peau qui possède également ses caractères cliniques caractéristiques et qui se distingue tout à la fois du lupus et des autres processus.

On a toujours admis que le lupus, la scrufulose, la tuberculose, ainsi que la lèpre et la syphilis, présentent entre eux certaine ressemblance clinique et anatomique et même, en principe, une ressemblance étiologique; les quatre premières affections ont toujours été considérées comme ayant peut-être même une parenté pathologique plus rapprochée. Ainsi s'expliquent les efforts des pathologistes et des anatomistes pour bien préciser leurs différences et leurs limites réciproques.

Mais selon moi les faits recueillis jusqu'à ce jour ne suffisent pas pour faire disparaître ces lignes de démarcation, et on doit continuer à reconnaître au lupus la signification d'un processus morbide indépendant. Aujourd'hui comme autrefois je suis forcé de poser comme postulatum d'un diagnostic clinique exact, que le lupus se distingue toujours aussi nettement de la scrofulose et de la tuberculose que de la syphilis ou de la lèpre.

Le signe le plus important pour le diagnostic se trouve dans le caractère même des tubercules, qui sont comme infiltrés dans la peau et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Chaque fois donc que l'on sera en présence d'une forme compliquée de la maladie, avec

nodosités confluentes, ou ulcérations recouvertes ou non de croûtes, on devra rechercher ces efflorescences primaires, que l'on trouvera d'ordinaire dans le voisinage d'un foyer diffus. La difficulté la plus grande se trouve dans le diagnostic du lupus avec la syphilis tuberculeuse, serpigineuse et ulcéreuse.

Je recommanderai aussi de se rappeler, outre le caractère des nodosités récentes, les différences de nature que j'ai déjà montrées entre les ulcérations de la syphilis et celles du lupus, leur indolence, la mollesse de leurs bords, la formation abondande de granulations, leur peu de sensibilité, et je ferai remarquer que les tubercules du lupus ne s'étendant pas du centre vers la périphérie aussi régulièrement que les nodosités syphilitiques, ne produisent, par conséquent, jamais d'ulcérations réniformes. Si parfois le diagnostic ne peut pas être établi immédiatement d'une façon certaine, il sera possible après quelque temps d'observation. En effet, au bout de quelques semaines, il se fera sûrement une nouvelle poussée de nodosités; et on pourra toujours s'assurer, ce qui sera un point important, que le traitement antisyphilitique local ou général, et surtout l'emplâtre mercuriel, qui agit d'une façon si remarquable contre les nodosités syphilitiques, n'ont aucune action sur le lupus.

Il ne faut pas oublier non plus que le lupus marche d'une façon beaucoup plus lente que la syphilis, et que les désordres, que le lupus met plusieurs années à produire, sont produits en peu de semaines par la syphilis ulcéreuse. Dans le lupus du nez, la partie malade se rétracte plutôt qu'elle ne se détruit, tandis que dans la syphilis elle semble comme détachée avec une pince du reste des parties saines; enfin, on ne trouve pas dans le lupus de destruction des os, du vomer, de la voûte palatine. De même, lorsque dans un épaississement éléphantiasique de la jambe, comme celui que j'ai décrit, on trouve de petits tubercules, il faudra songer au lupus; car le lupus seul présente, pendant de longues années, cette forme de nodosités avant d'aboutir à l'éléphantiasis, tandis qu'une syphilide tuberculeuse persiste tout au plus quelques mois ou peu d'années; du reste, les formes de syphilis qui aboutissent à l'éléphantiasis sont, d'après mes observations, de nature gommeuse, et donnent par conséquent des ulcérations qui ont un caractère spécial. Enfin, il faut se rappeler aussi que, quelle qu'ait été la durée de l'affection, le lupus récidive toujours sous forme de petites nodosités enchâssées, caractéristiques.

En prenant en considération tous ces points, on arrivera à établir le diagnostic entre le lupus et la syphilis, même dans les cas difficiles, et on n'aura pas besoin dans les cas embarrassants de recourir au diagnostic de « lupus syphilitique ».

Il y a également une forme de la lèpre tuberculeuse qui peut présenter de grandes analogies avec le lupus.

Il a déjà été établi (T. II, p. 265) que le lupus érythémateux a un aspect tout différent de celui du lupus vulgaire.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

Lupus (*suite*). — Anatomie pathologique, traitement du lupus.
Scrofulose et tuberculose de la peau.

L'anatomie pathologique du lupus a fait, surtout pendant les vingt dernières années, le sujet d'un grand nombre de travaux histologiques d'une grande valeur. Ils reflètent tous, aussi fidèlement que les travaux contemporains sur l'inflammation, les idées de leur époque sur la néoformation et l'histogenèse des tissus pathologiques; ils traitent presque toutes les questions qui ont trait à l'histologie du lupus, à son siège, à son point de départ, à son caractère, à sa signification, aux rapports que présentent les néoformations du lupus avec d'autres; et bien que tous ces points y aient été étudiés à fond, ils n'ont jamais pu en donner une solution complète, eu égard même à l'époque à laquelle ils ont été écrits.

Pour pouvoir porter sur les points importants et compliqués qui nous occupent un jugement exact, il faut examiner des nodosités jeunes et siégeant encore dans la profondeur du tissu. Sur une coupe microscopique d'une portion de peau atteinte (fig. 49), on trouve, en examinant à la loupe, des masses de tissu plus ou moins grosses, arrondies (en forme de nid), enfoncées dans le chorion : ce sont les tubercules du lupus. Ils sont disposés sans ordre et à diverses profondeurs dans le chorion lui-même, tandis que ses couches supérieures, la couche papillaire et le réseau muqueux, paraissent à l'état normal.

Ainsi tombe l'opinion émise, par Berger, Pohl et O. Weber, que les tubercules du lupus se forment dans le réseau muqueux, et celle de quelques autres auteurs qui pensent que le siège primordial de la nodosité jeune est dans les couches superficielles du derme. Le réseau muqueux et les couches superficielles du chorion sont intacts. Les foyers de lupus contrastent par leur coloration jaune rougeâtre et leur exacte délimitation avec le tissu dermique environnant; cet état est d'autant plus apparent qu'on a eu soin de colorer la coupe à l'aide du carmin, qui imprègne mieux le chorion que les tubercules.

Vu à un plus fort grossissement, le foyer (fig. 50) est le plus souvent très exactement limité, le tissu connectif sain l'entoure de faisceaux épais, et on voit que le lupus présente une trame plus fine, dont Virchow et Auspitz ont démontré l'analogie avec le tissu de granulation. Elle



Fig. 49.

Lupus du nez. (Coupe verticale).

a, épiderme, *b*, chorion normal dans lequel sont disséminés sans ordre, *c*, de petits nids de lupus, avec un autre plus gros. La couche supérieure du chorion, le réseau muqueux et les follicules, *d*, sont normaux (faible grossissement).

consiste en un réticulum, qui, issu d'un gros faisceau fibreux divisé en rameaux plus fins, est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins, et dont les larges mailles contiennent des cellules pourvues d'un noyau très réfringent et facile à colorer, tandis que les mailles plus étroites renferment avec ces mêmes cellules, d'autres plus petites et une grande

quantité de noyaux à contours bien marqués. En agitant la préparation dans l'eau, on fait facilement tomber les éléments figurés, de sorte qu'il ne reste plus que le réticulum avec ses cellules polaires; sur plusieurs points d'une coupe, il se peut que le foyer tombe en entier, en laissant à sa place une cavité arrondie (fig. 49, *c'*).

Le lupus ne présente toutefois une constitution aussi simple que quand il est jeune. Un développement plus avancé ou la régression



Fig. 50.

Coupe d'une nodosité microscopique de lupus vue à un fort grossissement.

b, chorion sain qui l'entoure, *a*, réticulum avec dépôt cellulaire, *c*, *d*, cellules géantes.

amènent des changements très compliqués, non seulement dans le tissu du lupus lui-même, mais encore dans la plupart des éléments de la peau. A l'époque où l'on pensait que le lupus dérivait du tissu connectif, soit des couches supérieures du chorion (Virchow, Billroth), soit de celui qui entoure les follicules pileux ou les glandes sébacées (Veiel, Rindfleisch), on avait songé qu'il devait être en rapport avec les vaisseaux sanguins.

La tendance des travaux histologiques récents est également de faire jouer aux vaisseaux le rôle principal dans la genèse des tissus pathologiques. D'après mes dernières études sur le lupus, ainsi que d'après celles de Lang, Klebs, Stilling, Jarisch, il semble que les vaisseaux sanguins et lymphatiques forment, par suite de la prolifération de leur paroi protoplasmatique et des éléments de la gaine adventice, la trame et les vaisseaux du foyer de lupus, ainsi qu'une partie de ses cellules; à celles-ci se joignent les cellules provenant de la prolifération des corpuscules conjonctifs et les éléments dus à l'inflammation du stroma de la peau.

La nodosité jeune est donc formée d'un tissu riche en sucs et en vaisseaux et proliférant d'une façon très active. Après une durée variable, commence la régression, qui se manifeste d'abord par la disparition de la vascularisation au centre de la nodosité et la nécrobiose des éléments figurés. Quelques-uns se gonflent, grossissent; c'est ce qui les a fait confondre avec des cellules épithéliales; mais la plupart se troublent, ne se colorent plus par le carmin, s'émiettent et forment de petits amas arrondis et granuleux. Sur plusieurs points, on trouve des masses étendues, à formes irrégulières, homogènes ou finement granuleuses, analogues à des masses de protoplasma, et contenant un grand nombre, de 5 à 20, ou plus, de noyaux allongés, brillants (fig. 50, *a*). C'est là ce que Billroth, Virchow, avaient déjà décrit, et ce que, depuis Schüppel, on désigne sous le nom de cellules géantes. Celles-ci avaient été considérées comme exclusives au tubercule, aussi Friedländer avait-il pensé pouvoir interpréter le lupus comme une tuberculose de la peau. Depuis cette époque, on n'a pas encore pu s'entendre sur la signification histogénique des cellules géantes : les uns les considèrent comme des cellules devenues énormes, soit spontanément, soit par suite de la fusion d'un grand nombre de cellules; d'autres les regardent comme formées par la coupe transversale d'un vaisseau lymphatique rempli de plasma ou d'endothélium en voie de prolifération; d'autres, enfin, n'y voient que le produit de la fusion d'un certain nombre de cellules dégénérées. Ce qui est certain, c'est que ces cellules géantes ne se trouvent pas seulement dans le tubercule, mais dans toute sorte de tissus, dans les gommes, les sarcomes et même dans le tissu de granulation. Leur présence dans la nodosité du lupus n'autorise donc plus à considérer celle-ci comme du tubercule, d'autant moins que, dans ces derniers temps, on a appris à connaître, d'une façon incontestable, les tubercules de la peau.

La masse principale de la nodosité ne peut pas s'organiser; mais par une série de métamorphoses régressives de ses éléments, elle arrive à se résorber; parfois (quand elle est superficielle), elle peut être éliminée, et le tissu enflammé qui l'entourait se cicatrise et se rétracte. Je crois cependant (et Lang est de cet avis) qu'une partie du tissu

lupeux, avec ses vaisseaux et ses cellules, s'organise en tissu connectif jeune, qui plus tard se rétracte; par là, ce me semble, le lupus se distingue essentiellement des nodosités de la lèpre et de la syphilis.

Pendant que certaines nodosités suivent cette marche, d'autres s'étendent en surface et en profondeur; la néoformation se continuant le long des vaisseaux du chorion et du corps papillaire, jusqu'à la couche de tissu adipeux, elle arrive ainsi à se réunir avec des prolongements issus de masses voisines. Pendant que le tissu connectif interstitiel s'infiltre par inflammation, la disposition primitive en foyers séparés, rappelant une structure alvéolaire (fig. 49), disparaît, et il en résulte une infiltration cellulaire irrégulière, diffuse, de toutes les couches de la peau. Au bout d'un certain temps, celle-ci peut disparaître complètement, en déterminant une rétraction cicatricielle de la peau et de ses glandes. Cette infiltration inflammatoire entraînera toutefois également une hypertrophie du tissu connectif, qui, dans le cas de lupus étendu, et persistant pendant de longues années, peut, de même que toute autre dermatite chronique, surtout si elle se développe sur les membres, donner lieu à ce que nous avons déjà décrit sous le nom d'éléphantiasis des Arabes, glabre et papillaire. Sur une peau ainsi hypertrophiée et dégénérée, et dans laquelle le lupus peut encore persister et se reproduire, il s'élève par places de grandes papilles hypertrophiques, recouvertes d'une couche muqueuse épaissie et d'un amas considérable de cellules cornées, — lupus verruqueux (ou corné, Lang — lupus scléreux, Vidal, fig. 51).

Quant aux autres parties constituantes de la peau, ce sont les éléments épithéliaux qui subissent les premières modifications. Lorsque l'infiltration lupeuse a débuté par la superficie, ou a atteint la couche papillaire, les cellules de la couche muqueuse prolifèrent, se troublent, se creusent de vacuoles, se détachent; la limite entre les papilles et cette couche muqueuse s'efface par l'envahissement de la prolifération lupeuse dans cette dernière, puis une fois que cette couche a été détruite par suppuration ou desquamation, la nodosité lupeuse est mise à nu (ulcération).

De même les cellules de revêtement des glandes sébacées et sudoripares, ainsi que des follicules pileux, s'hypertrophient, tombent en dégénérescence, se troublent, se gonflent, se kératinisent prématurément, de plus les follicules s'oblitèrent après la dégénérescence de la papille, l'ébranlement et la chute des poils. Les acini des glandes sébacées, après la rétraction de leur conduit excréteur, restent souvent remplis d'une masse épidermique disposée comme les écailles d'un oignon, et ressemblent ainsi à des corpuscules de milium, soit simples, soit groupés en grappe sur un pédicule cicatriciel commun.

Il est important de citer encore une autre espèce d'hyperplasie épithéliale, qui a été décrite par Busch, Lang, par d'autres et par moi; elle consiste dans le développement du réseau muqueux sous forme de cônes épithéliaux simples ou ramifiés qui s'avancent dans le chorion (fig. 52), et qui, rencontrant des prolongements analogues formés par les cellules des glandes sudoripares et des gaines de la racine des poils[1], forment une trame réticulée pénétrant le chorion dans toutes les directions, et exclusivement formée d'éléments épithéliaux. C'est là, comme je l'ai montré, dans un travail spécial (1879), la trame histologique sur laquelle se développe le cancer épithélial au milieu d'un lupus encore



Fig. 51.

Coupe verticale d'une portion de la peau d'une jambe atteinte de lupus hypertrophique papillaire et verruqueux (faible grossissement).

a, épiderme, formant en *a′* des éminences cornées. — *b*, réseau muqueux très développé, avec papilles grossies dix fois. — *d*, tissu connectif sclérosé et hypertrophié du chorion éléphantiasique, avec, *c*, plusieurs foyers de lupus dont un, *c′*, est vide (tombé pendant la préparation).

florissant ou éteint. La réunion du cancroïde et du lupus qu'ont observée Devergie, Bardeleben, O. Weber, Hebra, Wenck, Thiersch, Volkmann, Lang, Schütz et moi, a paru être rapidement fatale pour la plupart des sujets ainsi atteints; c'est seulement dans la minorité des cas que l'on a pu observer une amélioration passagère ou obtenir la guérison.

Le lupus de la muqueuse (fig. 53) présente essentiellement les mêmes rapports histologiques, modifiés seulement selon le terrain anatomique spécial, comme cela ressort également pour le lupus de la conjonctive des recherches de Rosalie Idelson, pour le lupus du larynx de celles d'O. Chiari et de Riehl et de l'identité clinique de cette forme de lupus avec le lupus de la peau, ainsi que le prouve la description que j'ai donnée tome II, page 402.

Passons maintenant au traitement du lupus.

En fait de médicaments internes, nous n'en connaissons aucun qui puisse déterminer la régression d'un lupus existant, ou empêcher une récidive. Ainsi l'arsenic, comme les médicaments antisyphilitiques, le mercure, l'iode, la décoction de Zittmann, et les différents remèdes employés d'après l'hypothèse de l'origine scrofuleuse du lupus : l'huile de foie de morue, le fer, l'iodure de fer, l'huile animale de Dippell, les amers, le chlorate de chaux, le chlorate de baryte, l'antimoine, etc., se sont montrés inefficaces. Mais nous nous servons de ces derniers médicaments et d'autres analogues, pour relever la nutrition générale des malades atteints de lupus, si ils sont scrofuleux, anémiques, mal nourris. Le lupus lui-même ne peut-être guéri que par des moyens locaux.



Fig. 52.

Développement atypique de l'épithélium.
Coupe d'un lupus des fesses.

a, épiderme. — *c*, chorion présentant une infiltration lupeuse diffuse, dans lequel les cônes épithéliaux ont, en *b*, donné naissance à des prolongements simples ou ramifiés.

Ceux-ci sont de deux sortes : 1° les uns sont de simples adjuvants du traitement : 2° les autres sont destinés à détruire directement les nodosités du lupus.

Parmi les premiers se rangent les graisses, huiles, pommades, emplâtres, les enveloppements de caoutchouc, qui sont destinés à ramollir les croûtes et à recouvrir les plaies en suppuration, ou même à agir directement sur les foyers lupeux. Suivant les cas, on y aura recours pendant toute la durée du traitement, tantôt sous une forme, tantôt sous une autre ; ainsi, par exemple, on appliquera avec avantage des compresses imbibées d'huile de morue sur le lupus turgescent recouvert de croûtes. Après huit à quinze jours, non seulement les croûtes sont ramollies et tombent, mais les tubercules eux-mêmes sont macérés et disposés à une désagrégation rapide.

C'est de la même façon qu'agissent les applications de savon mou de potasse, sans préjudice de leur action légèrement caustique.

Du reste, on peut obtenir encore une macération suffisante par l'onguent simple, l'huile d'olive, l'emplâtre de savon et autres moyens ana-

logues. Certains auteurs ont avancé que l'emplâtre mercuriel peut faire disparaître très rapidement les nodosités lupeuses; je ne puis pas confirmer cette assertion; l'emplâtre mercuriel n'agit que par macération, comme tous les autres emplâtres anodins.

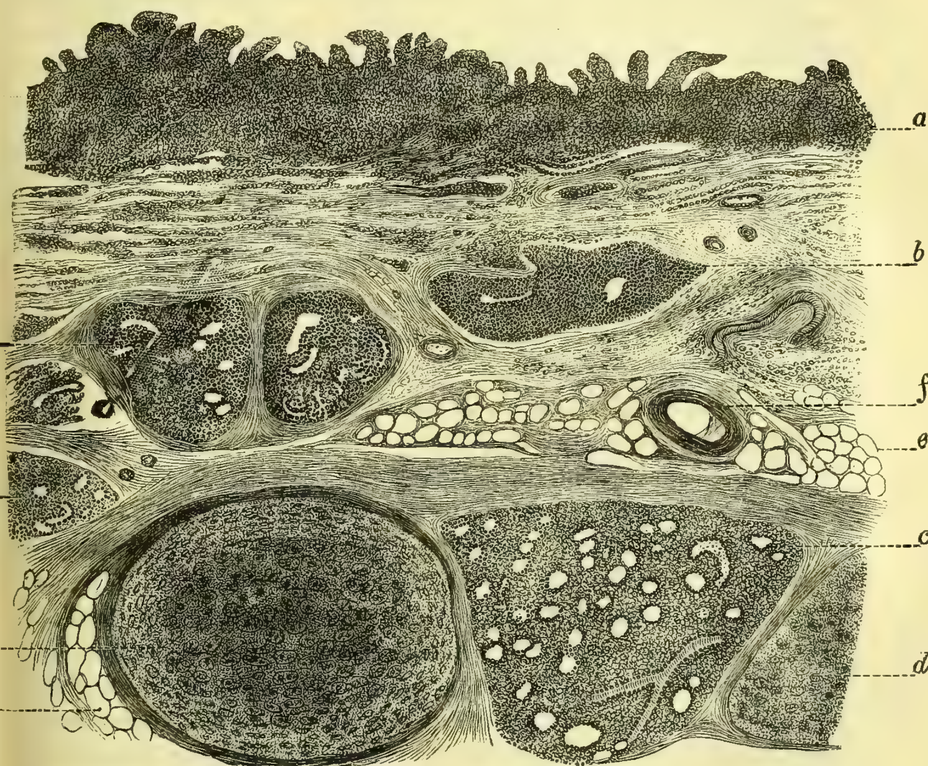


Fig. 53.

Lupus de la muqueuse.

Épiglette. *aa*, muqueuse infiltrée de cellules et à surface papilliforme. — *b*, nodosité de lupus. — *ccc*, glandes muqueuses infiltrées de lupus. — *dd*, cartilages. — *ee*, tissu graisseux sous muqueux. — *f*, artère. Coupe transversale. Épaississement de la tunique interne.

La guérison du lupus ne s'obtient que par le traitement mécanique ou à l'aide des caustiques.

Le traitement mécanique du lupus a pris, depuis les publications de Volkmann, une extension bien méritée. Le tissu lupeux est si mou et si friable, qu'il peut être facilement enlevé par le grattage à l'aide de la curette, ainsi que la partie de la peau qui est infiltrée. On ne pourrait que difficilement endommager les parties voisines, car le tissu sain ne se laisse pas pénétrer par la curette, et indique ainsi la limite des points sur lesquels il faut agir.

Cette méthode est surtout applicable dans le cas de grosses nodosités confluentes, ou de tissu mou, à infiltration diffuse, ou ulcéré. L'hémorragie assez intense déterminée par le raclage, est arrêtée par le tamponnement ou un bandage compressif, et cela d'autant plus sûrement que les foyers de lupus ont été enlevés d'une façon plus complète. Après deux ou trois jours, le dépôt grisâtre formé par des couches de tissu déchirées, mais encore adhérentes, se détache, et il s'établit immédiatement une bonne granulation.

Au traitement mécanique appartiennent encore la méthode des scarifications punctiformes et celle des scarifications linéaires, à l'aide d'un bistouri pointu ou de l'instrument de Veiel consistant en une série de lancettes, ou de ceux de Balmanno Squire, Pick, Wolff, Campana, composés de plusieurs lames fixes, ou, ce qui est préférable encore, de la lancette à scarifier d'Hebra, ou de l'aiguille pour scarifications punctiformes de Vidal. A l'aide des piqûres et des scarifications, non seulement le tissu du lupus est lacéré jusqu'à mortification, mais une grande partie des vaisseaux qui le nourrissent et qui fournissent à son développement sont détruits.

La méthode des scarifications punctiformes et celle des scarifications linéaires peuvent d'après cela être employées aussi bien dans le cas d'infiltration diffuse, que contre des nodosités éparses, difficiles à extraire par le raclage avec la curette.

On peut aussi, comme l'ont recommandé Auspitz et Schiff, tremper avant chaque piqûre la lancette dans une solution caustique faible, par exemple, dans une solution légère d'iode, d'acide phénique, de chlorure de zinc, et porter ainsi le caustique jusqu'au milieu des petites nodosités lupeuses; ou employer en outre une canule pointue armée d'un tube en caoutchouc fermé dans lequel on a aspiré le liquide caustique (Schiff), ou encore une curette construite par Auspitz et S. Kohn, qui porte en même temps la canule à pointe et le réservoir du liquide.

A côté du traitement mécanique, les caustiques jouent un grand rôle.

Le caustique le plus pratique, le plus utile, le plus éprouvé, est le crayon de nitrate d'argent. Il a assez de résistance pour pénétrer dans chaque tubercule, et joint ainsi l'action mécanique à l'effet caustique; de plus, il a l'avantage de ne pas pouvoir nuire, ne pénétrant pas dans le tissu sain.

Avec lui, on pourra aussi bien détruire les grosses nodosités de lupus turgescent que les infiltrations superficielles, et cela aussi facilement qu'avec la curette. Non seulement on arrive ainsi à détruire mécaniquement les vaisseaux des bords et du fond de la plaque, mais encore à les oblitérer par thrombose; ce mode de traitement remplit donc toutes les conditions désirables pour la guérison; d'autant plus que

dans le procédé qui consiste à enlever le lupus à l'aide de la curette, il faut souvent cautériser en outre le fond mis à nu par l'opération. Le crayon reste donc le moyen par excellence pour le traitement du lupus. Contre le lupus de la conjonctive et de la cornée il n'y a, outre la galvano-caustique, pas de meilleur remède que le crayon de nitrate d'argent.

Le nitrate d'argent en solution concentrée (nitrate d'argent, eau distillée, ââ 10 gr) ne doit pas être employé dans le cas de lupus intact, car cette solution ne traverse pas l'épiderme ; elle ne peut servir que dans le lupus ulcéré, en partie détruit ou désagrégé, pour des granulations molles, ou pour des nodosités jeunes récidivées. Dans le dernier cas, on peut d'abord avoir recours à une solution de potasse caustique, 5 grammes pour eau distillée 10 grammes, avec laquelle on badigeonne à l'aide d'un pinceau de charpie la surface cutanée dont on a préalablement enlevé la graisse par un lavage à l'eau de savon. Par ce moyen, l'épiderme qui recouvre les tubercules se détache et les laisse à nu sous forme de plaies rouges, ponctuées. On enlève alors avec de l'ouate trempée dans de l'eau phéniquée la potasse en excès, on essuie et on y applique la solution de nitrate d'argent, qui attaque directement les nodosités ainsi mises à decouvert.

Le chlorure de zinc devient rapidement déliquescent à l'air, et peut être employé pur ou dissous dans l'alcool ou dans l'eau. Selon les indications de Bruns et de Köbner, on peut le fondre en crayons, avec du nitrate de potasse et du chlorure de potassium, d'après la formule suivante : Chlorure de zinc 1, nitrate de potasse de 0,5 à 0,1, chlorure de potassium de 0,5 à 0,1. Les crayons doivent être entourés d'une feuille d'étain, car ils sont très hygrométriques et fondent à l'air. Ils ne sont pas aussi résistants que les crayons de nitrate d'argent, se brisent et fondent pendant la cautérisation. De plus, avec le chlorure de zinc, le sang ne se coagule pas, mais forme une nappe rouge clair sur la surface opérée. La douleur qu'il occasionne n'est guère moindre que celle produite par le nitrate d'argent, et la cicatrisation ne se fait pas d'une façon plus favorable. Aussi m'est-il impossible de lui reconnaître les avantages spéciaux qu'on lui a attribués.

Il en est de même de la méthode de Veiel, qui consiste à appliquer un crayon caustique composé d'une pâte préparée avec du chlorure de zinc et de la farine, et dont on fait des crayons caustiques par dessiccation.

La pâte de Canquoin s'obtient en mélangeant une partie de chlorure de zinc déliquescent avec trois parties d'amidon. Étendue sur un linge et appliquée, elle cautérise la peau saine et malade; on ne doit l'employer que sur le tronc et les membres.

J'en dirai autant de la pâte modifiée de Landolfi. Celle-ci était composée originairement de trois parties de chlorure de zinc, pour cinq de chlorure de brome et une de chlorure d'antimoine, mélangées à de la poudre de réglisse pour faire une pâte. Mais il faut la rejeter en raison des vapeurs de brome qu'elle dégage, d'autant plus que sa manipulation peut offrir pour le médecin des dangers : accidents subits de spasme laryngé, de toux convulsive, d'hémoptysie, de conjonctivite, d'épistaxis. Il est préférable d'employer la pâte sans chlorure de brome. On prescrit alors, dans des flacons séparés : chlorure de zinc 10 grammes, beurre d'antimoine 10 grammes, acide muriatique concentré pur 5 grammes, et un peu de poudre de réglisse.

On verse le chlorure de zinc dans une capsule avec un peu d'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que le chlorure de zinc soit complètement liquéfié, puis le beurre d'antimoine, on mélange le tout et on en fait une pâte en ajoutant de la poudre de réglisse. Cette pâte est ensuite étendue sur de la toile dans une épaisseur de 1 ou 2 millimètres. On en découpe des bandelettes de la longueur et de la largeur de la surface que l'on veut cautériser ; une fois appliquées et fixées, elles sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Après cinq ou six heures, il survient des douleurs assez vives et d'une certaine durée. Au lever du pansement, on trouve une eschare jaune brunâtre qui tombe au bout de peu de jours et laisse une plaie bourgeonnante. Comme cette pâte cautérise la peau saine et la peau malade, on ne peut l'employer que là où la conservation de la peau saine n'a que peu d'importance, par exemple, sur les bords d'un lupus serpigineux, au tronc, aux membres; jamais on ne doit l'appliquer à la face; en outre, agissant profondément, elle détermine des cicatrices très saillantes.

La pâte arsenicale, d'après la formule du frère Côme, modifiée par Hebra, est préférable. Elle est composée de la manière suivante : arsenic blanc, 1,0; cinabre, 3,0; onguent émollient, 24,0.

La pâte est étendue sur de la toile, en épaisseur variable, et appliquée sur les régions atteintes; au bout de vingt-quatre heures, on enlève le pansement et on renouvelle l'application. Dès le second jour surviennent des douleurs; le troisième jour on renouvelle encore l'application, et il survient, en règle générale, pendant plusieurs jours, des douleurs persistantes et un gonflement des parties voisines. Quand on enlève la pâte, les douleurs cessent; on observe alors cet effet remarquable, que les nodosités lupeuses sont seules brunâtres, nécrosées, escharifiées, tandis que les surfaces intermédiaires (peau ou cicatrice), restent complètement intactes.

C'est là un grand avantage pour le traitement du lupus de la face; car, après la chute des eschares, il ne reste que de petites plaies, qui,

en raison de leur peu d'étendue, se cicatrisent en quelques jours; de plus, on n'a détruit inutilement aucune portion de peau saine. Dans le cas de lupus ulcéré, l'effet est produit au bout de deux jours; dans celui de lupus turgescent, seulement au bout de quatre jours.

Nous n'avons jamais observé de symptômes d'intoxication par absorption de l'arsenic, bien que nous ayons employé cette pâte dans plusieurs centaines de cas et parfois à diverses reprises chez un seul et même malade. Cependant on ne devra jamais cautériser en même temps une surface plus grande que la paume de la main.

Nous avons vu un cas d'intoxication, suivie de mort, avec une pâte composée de parties égales d'arsenic, d'opium et de créosote. Cette préparation ne détermine aucune douleur, mais après ce résultat malheureux, nous n'oserions plus la conseiller.

La poudre de Dupuytren, formée de 0,1 d'acide arsénieux pour 8,0 de calomel, est appliquée, dans une épaisseur de 1 millimètre, sur les ulcérations du lupus; elle n'a qu'une action caustique faible.

La potasse caustique fondue carbonise le lupus et le tissu sain d'une façon très énergique, et ne peut être employée que pour certaines régions, ou s'il s'agit de détruire de grandes infiltrations lupeuses.

Il en est de même de la pâte de Vienne, elle carbonise également les tissus sains. On prend de la potasse caustique pulvérisée 6 grammes, et de la chaux vive en poudre 5 grammes, que l'on renferme dans des flacons séparés. Pour faire usage de ce caustique, on mélange la chaux et la potasse dans une capsule, en y ajoutant un peu d'alcool pour faire une pâte épaisse; la région à cautériser est nettement délimitée par des bandelettes de diachylon; dans l'espace ainsi circonscrit, on étend avec une spatule la pâte fraîchement préparée, et on recouvre le tout d'ouate de Bruns. Après quelques minutes surviennent de fortes douleurs. On laisse la pâte appliquée pendant dix minutes, cela suffit pour la cautérisation complète de la peau saine. On enlève l'ouate et la pâte sous un gros filet d'eau; ou bien on plonge dans l'eau toute la partie. On trouve alors une eschare noire, qui tombe au bout de quatre à huit jours, suivant les cas; aussi est-il contre-indiqué d'employer cette pâte pour la face.

L'acide phénique ne donne qu'une cautérisation très superficielle avec eschare blanche, il attaque aussi la peau saine, détermine de violentes douleurs et son action est très irrégulière.

L'acide pyrogallique, 5, pour onguent simple, 50 (Jarisch), étendu sur de la toile, cautérise parfaitement pendant plusieurs jours et sans trop de douleurs le lupus, en ménageant les ponts de peau saine; c'est donc un moyen très à recommander.

L'acide lactique, conseillé récemment par Mosetig, pur ou délayé

avec de l'acide silicique en poudre et de la glycérine de manière à former une pâte et étendu, ne cautérise que superficiellement et doit être souvent renouvelé, mais il n'épargne pas la peau saine.

D'autres moyens recommandés, tels que le proto-iodure et le deuto-iodure de mercure en pommade, ou la pommade à l'iodure de soufre, ou bien encore l'onguent citrin, ont une action insignifiante; il en est de même des compresses de sublimé que Doutrelepont a récemment recommandées en raison de leur action antibactérienne; ou encore des vessies remplies de glace (Gerhardt).

Par contre, la galvano-caustique que Hebra a employée autrefois contre le lupus, et le cautère de Paquelin, dont je me sers beaucoup, sont très utiles, soit que l'on veuille, avec une pointe de platine rougie, (E. Besnier en a fait construire de formes variées), piquer chaque nodosité, ou avec le cautère en porcelaine, cautériser de vastes infiltrations, ou encore avec l'anse rougie, enlever de grosses tumeurs, par exemple, du lobule de l'oreille. Les douleurs que l'on détermine sont peu intenses.

L'électrolyse, ayant une action destructive moins énergique, ne détermine par contre presque point de douleurs; elle a été recommandée d'abord par Groh (1871), récemment par Behrend et par Gärtner et Lustgarten contre le lupus. Le procédé de ces derniers auteurs consiste en une cautérisation en surface, qui ne provoque presque pas de douleurs; cette cautérisation est produite par l'application pendant environ dix minutes, comme électrode négatif, d'une mince plaque d'argent d'environ 2 centimètres de diamètre, légèrement bombée suivant la surface. La régularisation du courant fourni par une batterie Leclanché de vingt-quatre éléments se fait au moyen du rhéostat enregistreur de Gärtner et d'un galvanomètre, avec une intensité de cinq à dix milliampères.

L'excision complète de la portion de peau atteinte et son remplacement par une opération d'autoplastie, aura rarement quelque valeur, car une surface parsemée de cicatrices défigure encore moins que le lambeau à l'aide duquel on veut la remplacer, et encore n'est-on pas sûr que celui-ci adhérera, et ne sera pas également atteint de lupus. On sait que des lambeaux de peau, transplantés du bras sur le nez, ont plus tard été affectés de lupus.

Des badigeonnages méthodiques à la glycérine iodée, à la teinture d'iode, l'application d'iodoforme (Riehl), d'emplâtre mercuriel, seront des adjuvants du traitement sur les endroits ulcérés ou cautérisés. Ils pourront ramollir des cicatrices proéminentes, diminuer l'hyperhémie. Il en est de même des bandages de diverses sortes, des cautérisations légères que l'on emploiera pour faciliter la guérison des plaies; il faut

surtout mettre le plus grand soin à obtenir une cicatrice mince, plate, principalement à la face.

On traitera le lupus de la conjonctive et de la cornée à l'aide de la curette ou du crayon de nitrate d'argent.

On comprend que toutes ces méthodes, tous ces moyens devront être employés l'un après l'autre, dans chaque cas de lupus, surtout quand on a affaire à un lupus étendu. On ne peut pas cautériser, racler, piquer chaque jour ni partout à la fois; il faudra donc cautériser un point, pendant qu'on en ramollira un autre, combattre ici un érysipèle, là veiller au bourgeonnement, ou bien porter spécialement son attention sur l'état général. En somme, il faut traiter le lupus avec prudence et en connaissance de cause, et ne pas oublier que, pour obtenir un résultat, il faut savoir appliquer le remède avec toute l'énergie voulue, au bon moment et à la bonne place.

Nous n'avons aucun moyen qui puisse empêcher les récidives.

Il est évident qu'il faudra traiter en même temps, suivant les règles de l'art, les complications qui peuvent survenir, telles que la carie, la nécrose, l'érysipèle, la lymphangite (1).

Scrofulose et Tuberculose de la peau.

Disons encore quelques mots de la scrofulose et de la tuberculose de la peau, lésions qui, si elles sont anatomiquement voisines du lupus, ne lui sont absolument pas identiques et qui en diffèrent au point de vue clinique. Pour la scrofulose, je puis renvoyer aux ouvrages classiques de chirurgie et d'anatomie pathologique, ainsi qu'à ce que j'ai dit à propos de l'étiologie du lupus, et à ce que je dirai plus loin au chapitre des ulcères. Il s'agit là le plus souvent d'inflammation, d'hyperplasie des ganglions lymphatiques, et de nodosités péri-lymphangitiques semblables à des gommes, inflammation se propageant jusqu'à la peau, et dont les produits n'ont que peu de tendance à s'organiser, mais passent facilement à la dégénérescence caséeuse et déterminent la formation de ces ulcérations bien connues, superficielles, se creusant sous les parties voisines et présentant des bords lâches, décollés, peu douloureux et se guérissant avec des cicatrices rayonnées et réticulées.

Quant à la tuberculose de la peau, non pas celle qui est le résultat

(1) Voy. pages 431 et suiv., l'*Appendice des Traducteurs*.
E. B. — A. D.

de la propagation de foyers situés dans la profondeur, mais celle qui s'y développe primitivement, elle a été signalée par Wagner, O. Weber, et nous en avons des observations de Pantlen, Bizzozero, Baumgarten, Griffini, Hall et autres. Cependant la plupart de ces observations ont trait à des produits d'inflammation et d'ulcération survenus dans une peau éléphantiasique, où dans des foyers lupeux, et regardés par ces auteurs comme de vrais tubercules, en raison des cellules géantes qu'ils y ont découvertes. Le premier cas incontestable de tuberculose véritable de la peau a été observé par H. Chiari (1877), (ulcération tuberculeuse de la lèvre inférieure) sur le cadavre, mais bientôt après (1879) un deuxième cas, observé sur le vivant, a été communiqué de notre clinique par Chiari et Jarisch. Ce dernier cas se rapporte à un homme de quarante-deux ans, qui était entré à la clinique dermatologique de notre ville; il présentait une ulcération arciforme, entourant l'oreille gauche, dont le fond était recouvert de granulations jaune rougeâtre, assez compactes et les bords déchiquetés; puis survinrent sur le voile du palais de nombreuses granulations miliaires, qui se ramollirent rapidement; le malade mourut au bout de quelques semaines. Outre la tuberculisation des poumons, Chiari trouva à l'autopsie, sur les bords de l'ulcération cutanée ainsi que dans le tissu sous-cutané (et sous-muqueux), de petites nodosités isolées ou réunies en groupes, en général de 3 millimètres de grosseur, arrondies, commençant à leur centre à subir la dégénérescence caséeuse et dont les caractères histologiques étaient sans contredit ceux du tubercule.

Depuis nous avons, comme on peut le voir dans nos rapports annuels, reçu à notre clinique encore huit cas de tuberculose de la peau, dont deux datant de l'année 1881 ont été publiés par Riehl.

Si j'ajoute à cela les cas de tuberculose vraie de la peau observés à la consultation gratuite et dans ma clientèle privée, je puis actuellement évaluer à vingt environ le nombre de mes observations. Je fais abstraction ici des cas, d'ailleurs nombreux, de tuberculose limitée uniquement à la muqueuse des lèvres, de la langue, du voile du palais et du pharynx, qui présente une grande ressemblance dans son aspect et dans sa marche avec la tuberculose de la peau.

Les symptômes de la tuberculose cutanée peuvent être décrits comme tout à fait essentiels d'après notre expérience personnelle, et on peut la distinguer facilement du lupus, de la syphilis, de l'épithéliome et de la scrofulodermie. Elle se manifeste sous forme d'ulcérations aplaties, crevassées, extrêmement douloureuses, de configuration irrégulière et à bords légèrement sinueux. La base et le bord de ces ulcères sont rouge pâle ou grisâtres et sécrètent un pus clair et peu abondant. A l'intérieur de la surface de l'ulcération ainsi délimitée,

il y a des cicatrices aplaties, tandis que sur le bord surviennent par poussées sous-cutanées des granulations modérément dures, de la grosseur d'une tête d'épingle et même un peu plus volumineuses, dont la partie centrale apparaît aussitôt avec une teinte grisâtre et tombe au bout de peu de jours laissant après elle un ulcère creux.

De cette manière, l'ulcère s'étend par poussées périphériques de granulations tuberculeuses miliaires, et, par suite de la destruction de ces granulations, le bord prend une forme sinueuse. Au centre, il peut se faire lentement une cicatrisation complète, ainsi que sur des parties isolées du bord, tandis que la maladie s'étend sur d'autres points.

La guérison complète n'arrive guère spontanément sur un foyer tout entier, tandis que elle peut avoir lieu à la suite d'un traitement.

La tuberculose de la peau est localisée principalement sur la lèvre supérieure, le rebord de l'orifice des fosses narines, les commissures buccales, le pourtour de l'anus, les grandes lèvres.

De ce dernier point le processus gagne le vagin; des lèvres il s'étend à la muqueuse buccale.

Cependant j'ai observé aussi une fois un foyer sur les tubérosités ischiatiques et une autre fois dans la région du calcanéum et des malléoles ; une fois, dans le cas de Jarisch, j'ai vu la région de la tempe gauche ainsi que celles de l'oreille et du vertex atteintes de tuberculose de la peau.

La tuberculose des joues et du palais existait dans quelques cas en même temps que la tuberculose du tégument externe. Mais par contre j'ai observé un plus grand nombre de cas de tuberculose de la langue, du palais et du pharynx ; dans trois cas, les lésions occupaient une surface très étendue, sans tuberculose simultanée de la peau. Fuchs a constaté deux fois de la tuberculose de la conjonctive palpébrale, mais sans tuberculose cutanée.

Dans tous ces cas, il existait de la tuberculose pulmonaire. Cependant il n'est pas exact, comme on l'a prétendu de différents côtés, que les formes décrites de la tuberculose de la peau surviennent toujours pendant l'augmentation du processus pulmonaire ou même vers la fin de la vie. Il en était ainsi chez le plus petit nombre des malades.

A l'exception d'une jeune femme atteinte de tuberculose de la petite lèvre gauche, tous les cas comprenaient des personnes du sexe masculin.

Il m'est impossible de décider de quelle nature étaient les formes décrites récemment par Duncan et Thin de processus à marche progressive avec ulcération, hypertrophie papillaire et rétrécissement des organes génitaux, vagin et portion vaginale du col. Toutefois ces lésions ne paraissent pas devoir être interprétées comme du lupus.

Le diagnostic de la tuberculose de la peau est bien certain, si l'on

tient compte des symptômes décrits ci-dessus; on ne confondra pas cette affection avec le lupus, la scrofulodermie, la lèpre et l'épithéliome. Les faits cliniques ont fait voir, aussi bien dans la sécrétion de l'ulcère que dans le tissu des nodosités et dans les bords, une grande quantité de bacilles tuberculeux.

Le pronostic relativement à l'affection locale n'est pas absolument défavorable. Il survient souvent une guérison spontanée au centre et sur une partie des bords. La guérison locale est également possible, soit mécaniquement, soit à l'aide des caustiques. Sous l'influence d'un traitement à l'iodoforme, nous avons aussi observé la guérison et de plus l'atténuation immédiate des douleurs. Toutefois les poussées dans le voisinage et l'aggravation de l'état pulmonaire continuent, et, tôt ou tard, la vie se termine avec les symptômes du marasme tuberculeux.

Sous le nom de tuberculose verruqueuse de la peau, Riehl et Paltauf ont désigné et décrit des plaques papillaires enflammées, à marche chronique, observées principalement à la consultation gratuite de notre clinique; ces plaques représentent, outre des formations verruqueuses sur une base infiltrée, des granulations qui se désagrègent par suppuration en laissant après elles des cicatrices déprimées.

Ces auteurs considèrent cette forme comme une tuberculose de la peau, parce que ils ont constamment trouvé, outre des cellules géantes typiques, des bacilles tuberculeux dans les nodosités en désagrégation, et ils les regardent comme provenant de l'inoculation accidentelle de la matière tuberculeuse. La plupart des cas concernaient, en effet, des personnes qui ont de fréquentes occasions d'être en contact avec des débris d'animaux, comme des bouchers, des aides d'anatomie, des prosecteurs. Ces auteurs, en même temps que Karg, ont trouvé aussi les tubercules anatomiques de nature tuberculeuse ; Cornil et Ranvier, et E. Besnier, en avaient déjà également parlé sous forme d'hypothèse.

Quant à l'infiltration inflammatoire et à la prolifération papillaire, par lesquelles ces formes de tuberculose inoculée se distinguent de la tuberculose typique de la peau, Riehl et Paltauf prétendent les expliquer par l'action des cocci, qui, en dehors des bacilles tuberculeux, auraient trouvé accès dans la peau lésée (1).

---

(1) Voy. pages 431 et suiv., l'*Appendice des Traducteurs*.
E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

I

Bien que l'observation clinique ait permis, depuis assez longtemps déjà, de reconnaître que le *lupus*, en particulier, et diverses autres lésions tégumentaires autrement dénommées — *rupia scrofuleux, scrofulides malignes, impétigo rongeant, scrofuloderme, papillomes cicatriciels et mutilants, tubercule des anatomistes, folliculites agminées chroniques*, etc., etc., — ou innommées, appartenaient à la classe des tuberculoses, c'est seulement depuis la découverte du bacille de Koch, et grâce aux progrès de la technique bactériologique, expérimentale et histologique, que cette notion a été généralement acceptée, et est devenue classique.

En ce qui nous concerne, après avoir laborieusement lutté pour la défense de ce que l'on reconnaît aujourd'hui être la vérité — voyez E. Besnier, Le Lupus et son traitement, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. I, 1880, p. 687-706; T. IV, 1883, p. 378-413; T. VI, 1884, p. 1-8, — nous avons eu la satisfaction de voir nos contradicteurs de la veille devenir les défenseurs fervents de ce qu'ils contestaient, naguère, avec une énergie extraordinaire. Assurément ils étaient en droit légitime de différer leur jugement définitif jusqu'à démonstration complète; mais ils dépassaient la mesure, ainsi qu'ils le font encore aujourd'hui pour le lupus érythémateux, en considérant toujours l'observation clinique comme une quantité négligable.

A présent, la question est jugée, et les travaux démonstratifs affluent: déjà il n'est plus besoin de l'animal réactif; l'observation clinique, appuyée sur l'examen direct histo-bactériologique, suffit à rendre éclatante la nature tuberculeuse du lupus, à établir qu'il émane directement du bacille tuberculeux, et qu'il est inoculable à l'homme — Voy. les observations remarquables et le travail de premier ordre dû à Jadassohn, Ueber Inoculationslupus, *Separat abd. aus. Virchow's, Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, T. 121, 1890. Les pièces du procès n'ont plus d'intérêt qu'au point de vue de l'histoire et de la philosophie médicales; aussi, bien que l'auteur poursuive le débat avec un talent et une persévérance dignes d'une cause meilleure, nous laissons de côté toute controverse, et nous entrons directement en matière.

II

Le lupus de Willan — *tuberculose cutanée lupique, scrofulotuberculose de la peau* — un dans sa nature bacillaire, est également unique dans son élément anatomique essentiel, le *tubercule lupique*. Selon le siège régional, anatomotopographique, anatomique; selon l'état morphologique, le degré de virulence de l'agent tuberculeux irritant, et en raison de conditions individuelles de terrain, d'associations microbiennes, d'irritations et d'infections dérivées, secondaires, etc., le type anatomique réalisé, et les formes cliniques constituées, varient dans des proportions très étendues. Ces variations, trop étroitement interprétées

par les histologistes aussi bien que par les cliniciens, ont amené dans l'histoire de cette affection une confusion fâcheuse; on a décrit, comme distinctes, de simples modalités de lésions de même ordre, ou de simples formes ou variétés de la même maladie.

Il appartient à l'observation clinique, qui a devancé de longue main les constatations anatomiques et bactériologiques, de remettre les choses en situation, et de conserver la direction de ce qui lui appartient, en tenant le compte le plus entier du progrès des sciences accessoires, mais en se gardant d'osciller sans cesse à la moindre révolution de laboratoire. Nous avons suivi fermement les principes que nous indiquons, attendant sans crainte les démonstrations anatomiques et bactériologiques, quand la clinique nous avait appris, par une observation contre laquelle rien ne pouvait prévaloir, la nature tuberculeuse du lupus, et la nature lupique de la plupart des variétés atypiques de la tuberculose cutanée.

Le domaine de la « *tuberculose cutanée* » n'est plus aujourd'hui limité à la tuberculose accidentelle, auto-inoculée, des phthisiques, laquelle ne constitue qu'une exception dans la grande classe des tuberculoses tégumentaires; il comprend, au premier rang, le lupus avec une série nombreuse de formes et de variétés accessoires, et les gommes tuberculeuses du derme et de l'hypoderme, toutes manifestations qui appartiennent à la tuberculose cutanée, aussi clairement et aussi légitimement que les syphilides et les léprides de tout ordre appartiennent à la syphilis et à la lèpre.

Toutefois, l'état général des esprits n'est pas tout à fait prêt pour cette création; les préjugés sont trop invétérés, et l'ancienne manière de comprendre la tuberculose, comme synonyme de phthisie, est encore trop répandue, pour que le moment soit favorable. Il reste, enfin, à faire la part des scrupules des observateurs qui veulent, *à l'instant*, *pour tous les faits*, la démonstration complète, c'est-à-dire le bacille réglementaire, et la preuve expérimentale, comme si il était démontré que l'on connaît toutes les formes de l'agent tuberculeux, et comme si la technique histologique, ou expérimentale, avait l'infaillibilité absolue.

Mais ce n'est pas ici le lieu de mener plus loin cette discussion; nous nous donnons plus simplement pour tâche de résumer, le plus brièvement que nous pourrons, les moyens de reconnaître, à leurs principaux caractères, les diverses formes ou variétés de la *tuberculose lupique*, et de les distinguer des lésions cutanées avec lesquelles il est possible de les confondre.

DIAGNOSTIC; PRONOSTIC; TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LUPIQUE.

§ 1er. *Différenciation clinique des formes de la tuberculose lupique de la peau.*

Malgré le nombre *illimité* de formes que peut revêtir la tuberculose lupique de la peau, il serait impossible d'en tracer la différenciation clinique sans admettre quelques types, auxquels viennent se rattacher les variétés; nous réduirons ces types à trois : *Lupus tuberculeux simple*,

Lupus tuberculogommeux ou *ulcéreux*, *Lupus verruqueux*, *fibreux* ou *papillomateux*.

I

Diagnostic et différenciation des formes et des variétés du lupus tuberculeux simple.

Lupus tuberculeux simple proprement dit, vulgaire, commun, L. de Willan; L. eczématiforme, psoriasiforme, exfoliant, squameux, etc.; L. angiomateux; L. discoïde, lenticulaire, solitaire, disséminé, multiple; L. agminé, cohérent, en plaques; L. marginé, excentrique, linéaire, en corymbe, disséminé; L. multiple; L. exubérant; hypertrophique, tumescent, éléphantiasique, léontiasique, etc.

Le diagnostic du *lupus tuberculeux simple, proprement dit, vulgaire, commun, Lupus de Willan*, est, dans l'immense majorité des cas, d'une extrême facilité; son élément diagnostique le plus irréductible est le *tubercule lupique, enchâssé dans le derme* d'où il émerge, et d'où il est vu, d'abord, par transparence à travers l'épiderme, au-dessus duquel il fait peu de saillie, et au niveau duquel il ne s'accuse souvent que par une exfoliation desquamative superficielle, assez accentuée quelquefois pour masquer les nodosités, et donner au lupus l'aspect de l'eczéma sec ou du psoriasis — *Lupus eczématiforme, psoriasiforme, exfoliant, squameux*, etc.

Le *volume* du tubercule lupique élémentaire, initial, est très petit, miliaire; c'est surtout par infiltration périphérique et par association, que se constituent les nodosités plus considérables; c'est par suite de modifications deutéropathiques des tissus infiltrés que se constituent les gros tubercules secondaires.

Sa *couleur*, dans l'état d'intégrité, est cuivre vieux, cuivre jaune, sucre d'orge, rouge jaunâtre, avec une certaine translucidité colloïde tout à fait particulière.

Sa *consistance* est molle; sa *résistance à la dilacération* très peu considérable; quand plusieurs tubercules coalescent, le doigt qui presse leur surface reconnaît une mollesse tout à fait semblable à celle des fongosités.

Sa *vascularisation* est variable; il saigne abondamment à la rugination ou à la scarification, mais la moindre compression arrête l'écoulement sanguin; exceptionnellement cette vascularisation est assez grande pour simuler une tumeur érectile, et constituer une variété angiomateuse — *Lupus angiomateux*.

Il n'est habituellement le siège d'aucune *douleur spontanée;* mais la pression du doigt, exercée un peu fortement, détermine presque toujours, à son niveau, une sensibilité assez vive, et assez particulière pour avoir une certaine valeur diagnostique.

Quelquefois *isolé* pendant toute la durée de son évolution, et végétant sur place sans s'étendre ni se multiplier — voy. pièce 321 du Musée de Saint-Louis, déposée par nous en 1874 — il forme ordinairement

de petits conglomérats discoïdes qui peuvent, eux-mêmes, rester solitaires pendant un grand nombre d'années, surtout dans certaines régions telles que le centre de la joue — *Lupus discoïde*, *lenticulaire*, *solitaire*, etc. D'autres fois, surtout chez les enfants et chez les sujets jeunes, de petits agglomérats du même genre se multiplient sur différents points du corps, sans symétrie, en nombre indéterminé, de trois à quarante et davantage — Voy. Musée de Saint-Louis, pièces 1375 (Besnier, Merklen); 1391 (Grancher); et E. Besnier, Lupus tuberculeux aigu, nodulaire, disséminé, *Réun. clin. des méd. de l'hôp. Saint-Louis*, 1888, 1889, p. 14 — *Lupus tuberculeux éruptif, solitaire*, *disséminé*, *multiple*.

Mais quelque grande que soit la lenteur de sa marche, le nodule lupique, une fois constitué, est *extensif;* il est tout à fait rare qu'il reste indéfiniment à l'état de foyer unique. En même temps que le centre subit une modification évolutive, sa surface s'accroît, de nouveaux nodules apparaissent à la périphérie, forment un groupe composite, une *plaque* de lupus — *Lupus agminé, ou cohérent*, *ou en plaques* — variété la plus commune, dans laquelle la réunion des tubercules sur une zone dermique plus ou moins vascularisée ou œdématiée, détermine des plaques de formes diverses, uniques ou multiples. Ces plaques, de coloration variable selon le degré d'hyperhémie concomitante, laissent reconnaître soit au centre, soit à la périphérie, les éléments caractéristiques, et présentent fréquemment des *corpuscules de milium*.

Si, au lieu de former des plaques plus ou moins irrégulières, les éléments affectent des dispositions figurées, on aura des sous-variétés, parmi lesquelles nous reconnaissons les suivantes : *L. marginé*, *excentrique*, *linéaire*, *en corymbes*, *circiné*, *serpigineux*, etc.

Dans la majorité des cas, les plaques de tubercules sont développées sur une région unique, qu'elles y soient isolées ou multiples; mais il n'est pas très rare de trouver des groupes de tubercules répandus sur différents points du corps; on doit toujours les y rechercher, car ils existent quelquefois à l'insu des malades — *Lupus multiple*.

Nulle loi exclusive ne préside à la *disposition* des tubercules lupiques; *isolés*, *solitaires*, agglomérés en petites *plaques nummulaires*, *régulières ou non*, *uniques ou multiples*, ou formant de grandes colonies développées sans aucune systématisation, ils occupent, d'autres fois, des territoires déterminés *symétriquement*, tels que le dos du nez et la partie attenante des joues, sur le lieu d'élection de la couperose. Il est rare que, d'emblée, ils se groupent en *corymbes* vrais, en *cercles*, en *anneaux;* quand on constate la disposition *circinée*, elle est ordinairement secondaire à la régression et à l'atrophie cicatricielle des parties centrales lesquelles, d'ailleurs, sont rarement trouvées libres de foyers tuberculeux anciens ou nouveaux.

A l'exception des cas de lupus disséminé subaigu des jeunes sujets (formes rares), l'*évolution* d'un tubercule lupique, dans la forme simple, non ulcéreuse, celle dont nous étudions en ce moment le diagnostic, est toujours d'une *lenteur extrême;* les formes torpides dans lesquelles

la lésion ne progresse sensiblement que *par années* sont communes. Sa *régression spontanée* débute par le centre dont le revêtement épidermique s'exfolie, et recouvre une dépression qui prend lentement l'aspect cicatriciel, conservant, ou non, dans son réseau inodulaire des fragments du foyer lupique primitif, germes préparés des repullulations incessantes de l'avenir.

Quand la régression s'est étendue à une grande partie de la surface, ou quand la plaque lupique a déjà subi des traitements divers, les caractères des tubercules typiques deviennent *frustes*, et l'aspect ne répond plus au tableau complet d'un disque de lupus vulgaire; mais il est bien rare qu'il n'existe pas, au centre, des foyers encore reconnaissables et, à la périphérie, des tubercules adhérents ou aberrants, suffisamment conservés. En tendant la peau au niveau de la surface à examiner, ou mieux en rendant l'épiderme transparent par une onction avec de l'huile ou de la vaseline, il serait tout à fait exceptionnel qu'aucun indice ne fût retrouvé.

Autour du tubercule lupique, et dans les espaces inter-tuberculeux, il existe constamment un certain degré d'infiltration lymphatique et d'exsudation ; ces phénomènes, qui restent, à l'ordinaire, dans des proportions restreintes, prennent quelquefois un développement excessif, élevant considérablement le niveau, et déformant les régions envahies — *Lupus exubérant*, *hypertrophique*, *tumescent*, *éléphantiasique*, *léontiasique*, etc.

Le tubercule lupique peut se rencontrer sur tous les points du tégument cutané ; il a pour *lieu d'élection* la face, le nez, le centre des joues, le pavillon des oreilles.

Il peut avoir débuté à tout âge, même après la période moyenne de la vie dépassée ; mais la première apparition remonte communément à la seconde ou à la première enfance et à la jeunesse.

Le lupus tuberculeux simple ne peut guère être confondu qu'avec le *lupus érythémateux*, et avec une *syphilide* ou une *lépride* tuberculeuses.

a.) *Lupus tuberculeux* et *Lupus érythémateux*. — Lorsque le lupus vulgaire, au lieu d'être formé de tubercules typiques cohérents, et reconnaissables (particulièrement dans certaines régions anatomo-topographiques spéciales telles qu'à la paupière, à la région temporale, par exemple), est constitué par une infiltration dermique diffuse, il *affleure* le lupus érythémateux, et prend un aspect ambigu : on trouve alors une plaque peu élevée, lisse à sa surface, rouge sombre, assez molle au toucher, assez vascularisée pour se décolorer notablement sous la pression du doigt, c'est-à-dire participant des caractères des deux espèces de lupus. Nous ne voyons pas grand intérêt à discuter minutieusement la différenciation des deux lupus, puisque, pour nous, tous les deux sont de même *nature;* mais pour les dermatologistes qui séparent complètement le lupus érythémateux du lupus tuberculeux, la question a, au contraire, un intérêt de premier ordre, et ils réclament, pour le lupus *tuberculeux*, la plupart des cas que nous désignions sous le nom de lupus *érythémato*-tuberculeux.

Nous ne voudrions pas laisser croire cependant, qu'avant ces revendications, nous confondions avec le lupus érythémateux, les formes érythématoïdes et planes du lupus de Willan, lesquelles sont, depuis longtemps, distinguées en clinique, par NEUMANN sous le nom de *Lupus maculeux*, et par nous-mêmes, — 1re édit. de cette *traduction*, 1881, T. II, p. 255 — sous le nom de *Lupus plan*, opposé au *Lupus élevé*, distinction que d'autres auteurs ont adoptée sans en indiquer la source.

Voici les termes mêmes de notre description.

« La lésion élémentaire du lupus vulgaire, ou lupus tuberculeux, se retrouve, plus ou moins nette, dans toutes les formes et variétés de l'espèce; mais le volume des éléments lupeux, leur siège anatomique et topographique, leur disposition, leur évolution, leur degré de vascularisation, les lésions secondaires, accessoires, accidentelles, intercurrentes du substratum dermo-épidermique, déterminent des formes objectives et symptomatiques, nombreuses et variées, qui défient toute description complète d'ensemble. Il est donc nécessaire, pour mettre un peu d'ordre dans cette confusion, de fixer quelques types qui servent au moins de points de repère.

1° Types selon le volume, le siège anatomo-topographique, la disposition des foyers scrofulo-tuberculeux, ou formes. Deux principaux : le lupus plan et le lupus élevé.

A. *Lupus plan.* — C'est le lupus maculeux de Neumann : Profondément enchâssés dans le chorion, ou très peu volumineux, les foyers, jaune rougeâtre, ne font pas saillie au-dessus du niveau de la peau; lisse, vernissé ou exfolié, l'épiderme corné les laisse voir par transparence. Ce sont de petits disques érythémato-tuberculeux, uniques ou multiples ; le type est le lupus discoïde du centre de la joue, si commun chez les jeunes sujets. C'est aussi le type de la bénignité, de la lenteur et de l'indolence du genre lupus; c'est la scrofulo-tuberculose de la peau à sa plus faible puissance.

B. *Lupus élevé*, lupus tuberculeux commun. Soit par leur situation élevée, soit par leur volume considérable relativement (depuis un grain de millet jusqu'à un très gros pois), les scrofulomes forment, isolés ou réunis, des saillies, des plaques, des nappes plus ou moins rugueuses, saillantes, régulières ou irrégulières, sur lesquelles la vue et le toucher perçoivent la saillie des éléments et la profondeur ou l'épaisseur de l'infiltration. »

Ce n'est pas tout : intensité à part, le *lupus érythémateux* « acnéique » de la face a souvent l'aspect des cas frustes de lupus *tuberculeux*-scléreux, avec la surface sèche, plâtreuse, etc.; et dans les deux types, quelques variétés se rapprochent par des transitions insensibles, de façon qu'il n'est pas toujours facile de dire où commence le lupus érythémateux, et où finit le lupus tuberculeux. Si l'on veut étudier à ce point de vue la belle série des lupus du Musée de l'hôpital Saint-Louis, on pourra trouver quelques cas étiquetés « lupus érythémateux » que, pour notre part, nous attribuons au lupus tuberculeux. Ce sont des faits *de transition*, très importants à relever, car ils sont de nature à bien faire saisir le lien qui unit les deux lupus; cela surtout quand on trouve, *sur le même sujet*, d'autres localisations incontestables du lupus vulgaire, telles par exemple qu'un type de lupus papillomateux, de tuberculose verruqueuse de la peau, existant sur la main, alors qu'il y a, d'autre part, sur la face, de petits îlots crétacés, à bords vagues, tout à fait analogues à la

variété de lupus érythémateux acnéique que DEVERGIE avait désignée sous le nom d'*herpès crétacé*.

b.) *Lupus érythémateux simple* et *Syphilide tuberculeuse.* — La majorité des cas de lupus vulgaire se distingue, aisément, de toutes les syphilides tuberculeuses, par le volume, la couleur, la consistance, etc., du tubercule lupique; par la longue durée de l'évolution de leurs éléments, qui se compte par années, par la nature des cicatrices constituées, dans lesquelles on retrouve des foyers lupiques encastrés. Cela dit, il faut ajouter sans tarder, que dans certains cas, le lupus tuberculeux et la syphilide tuberculeuse se côtoient à ce point que la différenciation objective en est fort difficile.

Cette difficulté se produit particulièrement quand la syphilide tuberculeuse en groupes, ou circinée, occupe la face, dans les régions qui sont le lieu d'élection du lupus vulgaire, ou encore dans certains cas de syphilide hypertrophique, léontiasique, de la région péri-buccale, qui ont les plus grandes analogies avec le lupus hypertrophique des mêmes parties.

Dans ces circonstances, si l'analyse clinique ne fournit aucun élément collatéral de jugement, il devient quelquefois nécessaire d'instituer l'épreuve thérapeutique, c'est-à-dire de soumettre le patient à une médication antisyphilitique énergique, et particulièrement surveillée.

c.) *Lupus tuberculeux simple* et *Léprides tuberculeuses.* — Au milieu des aspects très divers que peuvent présenter les tubercules de la lèpre, il en est peu qui soient *lupoïdes* dans la forme vulgaire; la différence entre le tubercule lépreux et le tubercule lupique est beaucoup plus accentuée qu'entre celui-ci et le tubercule syphilitique. Nous avons vu, cependant, quelques léprides tuberculeuses du centre de la joue et des oreilles, sur des sujets de race noire, qui auraient été bien difficiles à distinguer, sans l'analgésie lépreuse, et sans la *coïncidence* d'autres léprides mieux caractérisées existant sur d'autres points du visage, du tronc, ou des membres. Dans la lèpre comme dans le lupus, le lobule de l'oreille est souvent augmenté de volume, et déformé par les agglomérats de tubercules; mais dans la lèpre, ce lobule reste toujours pendant et libre; dans le lupus ancien et étendu, il est communément accolé à la partie attenante de la région sous-auriculaire, adhérent, et empâté dans les tissus lupiques.

II

DIAGNOSTIC ET DIFFÉRENCIATION DES FORMES ET DES VARIÉTÉS DU LUPUS TUBERCULOGOMMEUX OU ULCÉREUX.

Lupus à petits foyers — L. impétigo, impétigo rongeant, scrofulide pustuleuse; L. rupioïde. Lupus tuberculogommeux multiforme — L. végétant muriforme, frambœsiaforme, hypertrophique, en nappe, serpigineux, perforant, galopant, etc.

Quand les formes ou les variétés de lupus, différentes du type tuberculeux simple, sont *secondaires* à celui-ci; quand la lésion que l'on

observe est *mixte*, présentant encore, en un point de sa surface, des tubercules typiques, en même temps que des altérations *d'une autre nature*, la difficulté du diagnostic n'est réellement pas accrue. Mais quand la maladie a évolué sur le *mode subaigu* au lieu du chronique ; quand un processus de nécrobiose occupe la surface entière des tissus envahis, et si l'on n'a pas suivi les phases de transformation et de déformation qui se sont effectuées, l'embarras devient plus accentué. Enfin pour la généralité des médecins qui n'ont pas étudié dans les hôpitaux dermatologiques, la difficulté devient décidément grande quand des éléments nouveaux viennent changer ou dénaturer le tableau clinique — *croûtes*, *fongosités*, *bourgeons organisés*, *induration interstitielle centrale*, *périphérique ou profonde*, *papillomatose de types variés*, *atrophies*, *pertes de substance*, *phagédénisme*, *mutilations*, *cicatrices*, *déformations variées des organes ou de leur voisinage*, *ectropion*, *brides*, *ankyloses*, *lésions et atrophies osseuses*, *pachydermie éléphantiasique*, etc., etc., — réalisant des formes et des variétés tellement distinctes objectivement du type classique du lupus vulgaire, que nombre d'entre elles ont été, ou sont encore, décrites sous des noms différents, et simulent parfois étroitement des maladies tout à fait distinctes, la *syphilis*, l'*épithéliomatose*, et même la *lèpre*, le *rhinosclérome*, etc., diverses *papillomatoses*, *folliculites*, etc.

Assurément, pour l'observateur qui a vu et étudié toutes ces formes diverses, il est le plus souvent possible, même dans les variétés les plus éloignées du type du lupus tuberculeux simple, de porter un diagnostic extemporané au seul vu des caractères objectifs. Mais tous les médecins ne peuvent pas avoir fait une étude consommée de ce sujet spécial, et en définitive assez restreint dans la pratique générale ; et, d'autre part, même pour les dermatologistes les plus expérimentés, il reste toujours des faits ambigus devant lesquels ils hésitent, ou sur le compte desquels ils peuvent porter un jugement erroné.

Les uns et les autres sont donc plus ou moins embarrassés, et obligés d'avoir recours à l'*analyse clinique* — *hérédité et rapports de famille ou de cohabitation ; époque de début*, *durée de la maladie déjà écoulée*, *âge auquel elle a commencé ; stigmates scrofulotuberculeux*, *cicatrices*, *adénopathies latérocervicales et sous-maxillaires*, *division et cicatrices du lobule des oreilles à la suite de l'application des anneaux ; gommes scrofulotuberculeuses en activité ou éteintes ; quelquefois coexistence sur un même point*, *ou sur des points différents*, *de déterminations lupiques caractérisées et indubitables*, *car les différentes formes ne s'excluent pas chez un même individu*, *et l'on doit toujours*, *dans les cas difficiles*, *examiner la totalité du corps y compris le cuir chevelu ; enfin*, *dans les cas décidément ambigus*, *épreuve thérapeutique ; examen biopsique ; inoculations expérimentales*.

A. *Lupus tuberculogommeux à petits foyers*, *Lupus impétigo ; Impetigo rodens* de quelques auteurs, décrit en particulier par Devergie, *Traité cité*, p. 344 ; *Scrofulide pustuleuse* de Hardy.

Cette variété, très multiforme, est à distinguer de *l'impétigo vulgaire* et de la *syphilide tuberculogommeuse à petits éléments*. Elle se produit

particulièrement au visage, autour des yeux, sur le front et sur le dos du nez spécialement chez les sujets jeunes, à un âge où on n'observe pas encore les acnés nécrobiotiques qu'il faudrait aussi, sans cela, éliminer. Ce sont de petits foyers tuberculeux à développement insidieux, subaigus *au début*, mais prenant ensuite une marche lente analogue à celle de tous les lupus, amenant la destruction du derme infiltré, et la cicatrice consécutive — Voy. sur ce sujet, l'important travail de H. Hallopeau et L. Wickham intitulé : Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux, *1re session du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888, p. 222. Soit par développement excentrique, soit par juxtaposition d'éléments nouveaux, la lésion s'étale et évolue par série d'années si elle n'est pas détruite. Cette variété se caractérise encore, par la production incessante d'un liquide à staphylocoques, concrescible, impétiginoïde, qui joue un rôle direct dans le progrès et l'extension du lupus, et qui comporte, de ce chef, des indications thérapeutiques spéciales. En admettant que l'erreur existe au début, on sera mis bientôt sur la voie en constatant, sous les croûtes jaunes ou brunes, des *ulcérations* progressives, blafardes, fongueuses, dépassant tout à fait les proportions des exulcérations superficielles des impétigos vulgaires, et ne cédant pas, comme ceux-ci, aisément à la médication locale appropriée. Le lupus impétigo est indolent à la manière de la plupart des tuberculoses cutanées atténuées, et ne présente pas régulièrement les signes rationnels locaux de l'impétigo simple.

La *syphilide tuberculogommeuse à petits éléments* pourrait, momentanément, être difficile à distinguer malgré le thème traditionnel des croûtes vertes et des ulcérations à pic, ainsi que du fond pseudomembraneux ; le principal est d'être sur ses gardes, et de savoir à propos réserver quelquefois le diagnostic.

B. Lupus tuberculogommeux à forme de « rupia », Lupus rupioïde.

Dans plusieurs circonstances, la surface du lupus tuberculogommeux, commun, quelquefois du lupus papillomateux, se recouvre de concrétions croûteuses du type des concrétions du « *rupia* », et non seulement *larve* ces formes de lupus, mais leur donne l'aspect d'une syphilide tuberculogommeuse crustacée, d'une gomme syphilitique ulcérée et également couronnée d'une croûte ostréiforme, d'une gomme scrofulotuberculeuse dermique.

Dans quelques formes même — lupus tuberculogommeux, ulcéreux d'emblée — le *début* n'est pas le tubercule typique, mais une nodosité gommeuse, qui rougit, s'ulcère lentement selon le procédé de toutes les gommes, et prend ensuite la forme du lupus ulcéreux par infiltration.

Sur la face, le col, le tronc, ou les membres, on trouve un ou deux, ou plusieurs foyers rupioïdes, isolés ou cohérents ayant, au centre, une croûte conchyliforme de couleur généralement brune, noirâtre, un bord élevé qui l'embrasse, et qui est serti par un anneau rouge. Tous ces caractères peuvent appartenir à une syphilide tuberculogommeuse, à une gomme syphilitique vulgaire, ou à un lupus tuberculogommeux ; si il n'existe pas alentour, ou sur un autre point, quelque stigmate de sy-

philis ou de scrofulotuberculose, le cas a besoin d'être soumis à l'enquête, et le diagnostic est à réserver.

C. Lupus tuberculogommeux multiforme.

a.) *Lupus végétant*, *muriforme*, *frambœsiaforme*, *hypertrophique*, *en nappe*, *serpigineux*, *etc.*

Quelques syphilides tuberculogommeuses végètent et subissent une évolution hypertrophique, mais c'est surtout au lupus qu'appartiennent les *ulcérations végétantes hypertrophiques*, localisées et étendues — *Lupus exubérant* de Fuchs. Quelquefois c'est un organe en particulier, le nez le plus souvent, transformé en une *tumeur* du volume d'une noix, d'une mandarine et davantage, englobant les ailes, la sous-cloison, conservant les orifices dilatés par extension, et recouverte par une croûte vert noirâtre qui semble en constituer la plus grande partie, mais qui est en réalité fort peu épaisse. Celle-ci avulsée, on trouve, au-dessous, les bourgeons fongueux ou papillomateux, formant une surface muriforme, rouge, élégante, représentant toutes les variétés de ce qui a été décrit par plusieurs auteurs étrangers sous le nom de tuberculose papillomateuse de la peau — Voy. les pièces du Musée de Saint-Louis, n°s 522, 1046, 1167, 1436, et la chromographie du mémoire de Prince A. Morrow, Case of tuberculosis papillomatosa cutis, etc., *Journ. of. cut. and. genit. ur. diseases*, oct. et nov. 1888.

D'autres fois, c'est l'appareil labial en entier, ou l'une des lèvres, qui subissent un processus analogue, en même temps que l'extrémité nasale. La lèvre considérablement hypertrophiée, fongueuse, est recouverte de croûtes en apparence fort épaisses, en réalité très minces; les parties saines sont séparées de la surface pathologique par une zone rouge livide, médiocrement infiltrée, molle, qui ne ressemble ni au *bord* résistant et épais des syphilides ulcérantes serpigineuses, ni à l'*ourlet* épithéliomateux.

Dans quelques cas enfin, c'est une grande partie du visage qui est envahie par un processus analogue; tout le centre de la face, ou tout un côté du visage, depuis le front jusqu'à la région mentonnière, sont occupés par une masse érysipélatoïde, livide, quadruplant le volume de la lèvre supérieure, rougeâtre, exulcérée, suintante, à bords diffus, se continuant avec les parties saines par un simple bourrelet érysipélatoïde.

Beaucoup moins souvent que la syphilis, mais sur un mode absolument semblable, la scrofulotuberculose réalise sur de grandes surfaces du tégument des *infiltrations tuberculogommeuses en nappe*, qui évoluent serpigineusement, labourant toute une région, comme le dos, la face antérieure du thorax, la région fessière, la plus grande partie d'un membre, et la couvrant d'ulcérations irrégulières, bourgeonnantes, exubérantes, sur un fond cicatriciel, livide — *Lupus tuberculogommeux*, *serpigineux*, *en nappe*. La lividité, l'indolence, l'irrégularité des ulcérations, la mollesse du fond et des bords, joints aux résultats de l'enquête faite sur le corps entier, et réunis aux conclusions de l'analyse clinique permettent, d'ordinaire, d'établir rapidement le

diagnostic, malgré l'aspect souvent syphiloïde au plus haut degré. Mais il faut savoir qu'une grande variété existe dans les caractères des bordures qui sont souvent épaisses, élevées, larges de plusieurs centimètres, polycycliques, festonnées, etc.

Ces formes doivent être aussi distinguées de la *tuberculose aiguë de la peau, maligne, serpigineuse*, en nappe, laquelle peut, comme le lupus, couvrir toute une région d'ulcérations et de gommes tuberculeuses à tous les âges ; la rapidité de la marche, la gravité de l'état général, suffisent pour la différenciation.

b.) *Lupus tuberculogommeux centrifuge, circiné, pachydermique; lupus des membres*, etc.

Plusieurs de ces variétés sont nettement syphiloïdes, et quelques-unes représentent une des variétés méconnues de l'éléphantiasis secondaire, quand elles se sont développées aux membres inférieurs.

Les variétés *centrifuges* du lupus tuberculogommeux sont des plus nombreuses; elles appartiennent particulièrement aux formes anatomiques atrophiques, cicatricielles, fibreuses — *Lupus scléreux* de Vidal, *L. papillomateux, verruqueux*, etc.

Tantôt, autour d'un centre normal, ou à peu près, cicatriciel et plus ou moins induré, avec une circination régulière et complète, ou séparée ou non par une bordure rouge livide, on trouve une couronne de foyers tuberculogommeux recouverte de croûtes, et formant rempart souvent élevé d'un centimètre au-dessus du niveau, fréquemment incomplet, interrompu. Dans d'autres cas, ce n'est pas une cicatrice qui occupe le centre, mais un gâteau de lupus tuberculogommeux recouvert de ses croûtes classiques, exubérant, mollasse, entouré d'un anneau rouge livide, papillomateux, ou simplement cicatriciel et fibreux.

Au visage, ce type évolue surtout sur les joues. Au tronc, à la racine des membres, etc., on le retrouve amplifié dans toutes les dimensions; sur les membres inférieurs en particulier, ou sur le tronc, il dessine de grands festons autour de la zone centrale saine, cicatricielle, parsemée, ou non, de tubercules vulgaires ou d'îlots de scrofulotuberculose gommeuse. Les bords eux-mêmes sont composés d'îlots associés de tubercules croûteux ou squameux, épais, souvent interrompus, élevés, et donnant parfois accessoirement naissance à des anneaux aberrants composés de foyers tuberculogommeux disposés circulairement. La plupart de ces formes sont à un haut degré syphiloïdes, et la différenciation objective seule serait souvent insuffisante; il est toujours prudent de remonter la série anamnestique, et de ne se prononcer qu'après examen entier du corps du sujet, en se rappelant que la *pluralité des lupus* sur un même sujet est fréquente.

C'est particulièrement dans ces formes que la lésion se multipliant, et occupant la totalité d'une fraction de membre, ou même un membre entier, en amène l'hypertrophie générale dans le type de la pachydermie éléphantiasique. Ce sont, alors, des lésions *mixtes* et toutes les altérations de l'*éléphantiasis sordide*, ulcérations de mauvais aspect à fond jaunâtre, irrégulièrement polycycliques ; un état verruqueux,

papillomateux, des régions inférieures de la jambe, à petits et à gros éléments, la déviation et le soulèvement des ongles, qui sont conservés comme dans la plupart des cas de dactylite scrofulotuberculeuse. Dans quelques cas même, l'extrémité du membre inférieur prend un aspect très voisin de la lymphangiectasie fongueuse que nous avons décrite plus haut — Voy. *Note des Trad.*, p. 385 et suiv.

Il est nécessaire de se rappeler la complexité de ces faits, pour savoir interpréter exactement ces cas extraordinaires que laisse évoluer l'incurie des malades, ou l'inexpérience des médecins. Ces faits deviennent plus rares, mais ils doivent disparaître des régions où il existe des médecins suffisamment instruits — *Lupus pachydermique*, *éléphantiasique*, *scrofulotuberculose pachydermique*, *mutilante*. Dans tous ces cas même invétérés, et dans les déformations les plus extraordinaires, on retrouve à la périphérie des surfaces déformées, quelques-uns des caractères typiques, ci-dessus indiqués, des tuberculoses lupiques serpigineuses de la peau.

La cicatrice centrale, ou celle qui existe au point où la maladie a débuté, peut, elle-même, être quelquefois utilisée pour le diagnostic ; elle émane, en effet, assez souvent de la lésion inoculatrice : fistule anale, trajet ossifluent, plaie vaccinale, plaie d'amputation ou de résection d'une articulation tuberculeuse, gomme scrofulotuberculeuse, périostoses et adénopathies du même ordre, etc.; quelquefois d'un traumatisme banal ou spécial qui a exécuté l'inoculation, ou en a facilité la réalisation.

c). *Lupus ulcéreux, ulcérant*, *phagédénique*, *perforant*, *malin*, et *Syphilides malignes*, *Ulcère des phthisiques*, *Gommes tuberculeuses ulcérantes*, *Épithéliomatose maligne*, *térébrante*, etc.

Quand on observe, pour la première fois, un cas de lupus déjà ulcéré, la plupart des caractères typiques font défaut, et l'on se trouve en présence d'une *ulcération*, d'un *ulcère*, dont il s'agit d'établir la nature. Malheureusement, aucun caractère pathognomonique ne spécifie les *ulcérations lupiques;* leur examen attentif fournit seulement des signes de probabilité — *ulcérations de forme plus ou moins irrégulière*, *fongueuses*, *bourgeonnantes*, *baignées de pus très concrescible formant avec rapidité des croûtes enchâssées*, *moulées sur les bourgeons*, *de couleur jaune verdâtre*, *noir*, *gris sale*, *etc.*, *etc.*, *très adhérentes*, *se reproduisant sans cesse après avoir été avulsées ; communément entourées d'une desquamation déhiscente en collerette qui sépare*, *dans le lupus*, *les parties saines*, *ou cicatrisées*, *des parties malades ; bords d'aspect très variable*, *souvent décollés*, *presque toujours livides*, *mous*, *mollasses*, *érodés*, *interrompus*, *quelquefois polycycliques*, *festonnés*, *végétants*, *épais*, *croûteux*, *abruptes*, *taillés à l'emporte-pièce*, *occupés par une rhagade linéaire; fond jaunâtre pâle*, *mamelonné*, *saignant facilement*, *très mou au toucher même quand il est exubérant ; généralement indolent*, *etc.*, *etc.*

Si *les autres* caractères tirés de la marche, de l'évolution, des coïncidences, etc., font défaut, le diagnostic devient hésitant ; et si l'on est en présence de ces cas de *lupus phagédénique* qui, sous l'action de condi-

tions encore inconnues (peut-être d'associations microbiennes) prennent l'allure des *syphilides* ou des *tuberculoses galopantes*, la difficulté atteint son apogée. Quand les tissus sont en peu de temps envahis et détruits, comme cela arrive surtout au centre de la face; quand, au moment du premier examen, on trouve la cloison perforée ou détruite, la cavité narinaire ou nasale mise à jour, il est toujours difficile de se prononcer « au juste », et de donner extemporanément un diagnostic ferme. La limite qui sépare dans quelques cas la *syphilis héréditaire*, la *scrofulo-tuberculose*, et *l'épithéliomatose atypique* est, sur ce terrain, extrêmement étroite.

A la vérité, ces difficultés, dont la solution est le plus souvent demandée au *traitement d'épreuve*, sont plus apparentes que réelles : on peut être assuré que si l'on reprenait tous ces faits difficiles dans un travail d'ensemble; si on les étudiait à la lumière des connaissances microbiologiques nouvelles, si on les comparait minutieusement dans tous leurs caractères; si on en reproduisait par le dessin, ou le moulage, une série étendue, on arriverait, nous en avons la conviction, à réunir les éléments d'un diagnostic plus précis; mais nous devons à la vérité de déclarer que, dans le lieu même où ces cas *affluent*, dans notre hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas encore su nous mettre à l'abri des tergiversations et des attermoiments.

L'*ulcération tuberculeuse* proprement dite, que nous appelons *ulcère des phthisiques*, se distingue assez aisément du lupus ulcéreux.

On la trouve *au voisinage des orifices naturels*, unique ou multiple, et coïncidant, ou non, avec des ulcères des cavités muqueuses, sur un seul point ou sur plusieurs, irrégulière de forme, quelquefois avec des coulées latérales; bords incisés quelquefois profondément, entourés d'une zone livide plus ou moins marquée; au centre ni aux bords nul point cicatriciel; fond plat, inégal, étagé, mamelonné, rose pâle, quelquefois profondément excavé comme sur le gland, granuleux, anfractueux; granulations miliaires, jaunes ou rouges; douleur spontanée, et surtout provoquée par le contact des excreta.

Les malades qui présentent ces lésions sont toujours non seulement des tuberculeux, mais des *phthisiques* au sens exact du mot; toutefois, nous ajoutons expressément qu'un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, *sans être encore phthisique*, peut s'inoculer, et s'inocule quelquefois, soit le tubercule lupique typique, aux mains ou au visage particulièrement, soit la tuberculose verruqueuse, réalisant une lésion seulement un peu plus active, et un peu plus irritative, que le tubercule anatomique.

Il est exceptionnel qu'une tuberculose cutanée grave, ulcéreuse, sur la peau comme sur les muqueuses, soit le premier phénomène constaté d'une infection devant aboutir à la phthisie pulmonaire à brève échéance. Le plus ordinairement, la tuberculisation pulmonaire secondaire aux tuberculoses de tout ordre de la peau, est un phénomène qui ne se produit que dans des circonstances déterminées, *et à échéance reculée*. Nous avons observé tous ces cas dans des conditions assez précises pour être autorisé à en parler avec assurance.

Les ulcérations qui succèdent aux *gommes scrofulotuberculeuses* se présentent sous des aspects qui varient selon le siège anatomotopographique, et selon la phase de leur évolution. Dans la première période, elles sont isolées, rondes, ecthymatoïdes, puis forment des cavités, des culs-de-sac à fond plus large que l'orifice, avec bords décollés, etc. Si elles coalescent et qu'elles aient été superficielles, dermiques, ce sont encore des ulcérations rondes, à atmosphère livide, formant des nappes polycycliques quand elles se sont fusionnées, à fond rouge vermoulu ; leur développement se fait, à la fois, par association d'éléments voisins, et par extension centrifuge. Isolées, elles forment des ulcères creux, cupuliformes, à fond jaune, à bord formé d'une fine sertissure rouge, entourée d'un rebord extérieur épais, infiltré en voie d'ulcération exclusive, etc., etc. — Voy. E. BESNIER, *Article* GOMMES, et GOMMES SCROFULEUSES du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Plus tard, *après la période de la cicatrisation*, quand des tubercules lupiques se sont développés dans l'atmosphère de la gomme, les ulcérations, si elles se produisent, se confondent absolument avec les ulcérations lupiques proprement dites.

D'une manière générale, le lupus ulcéreux est nettement et aisément distingué, bien que la marche des deux maladies soit également lente et chronique, de l'*épithéliome ulcéré.*

L'*ourlet* dur, chondroïde, continu ou perlé, la *dureté du fond* de l'ulcération, les *douleurs spontanées* qui existent souvent à son niveau suffisent d'ordinaire. Mais, là aussi, on rencontre malheureusement quelques exceptions : certaines formes rares d'épithéliome diffus du centre de la face, primitives, ou plus souvent *secondaires* à des syphilides de la région, éteintes, présentent des caractères d'une ambiguïté telle que l'on n'arrive au diagnostic exact ni immédiatement, ni avec facilité. Dans ces cas, où l'ulcération peut être entourée d'une zone livide, molle, comme dans le lupus, on en est réduit à apprécier la dureté du fond, à remarquer que la sécrétion ichoreuse est moins concrescible, les croûtes moins épaisses ou absentes, les bords plus abrupts; *le traitement ordinaire du lupus ne réussit pas, la lésion reste immuable, ou, au contraire, poursuit sans arrêt son évolution phagédénique*, etc. C'est une étude de détail à réinstituer à l'occasion de chacun de ces cas particuliers, qui sont heureusement assez rares.

Les difficultés ne sont plus les mêmes quand il ne s'agit que de distinguer l'*épithéliome ulcéré lupoïde*, de l'*épithéliome secondaire au lupus ulcéreux.* Celui-ci végète, installe son bourgeonnement dur et ulcérant *sur une cicatrice antérieure de lupus*, et présente, *côte à côte*, les vestiges du lupus éteint, ou le lupus typique en pleine prolifération, et le cancer épithélial avec ses douleurs, sa sécrétion, ses hémorragies, sa marche envahissante, etc. — Voy. plus loin, épithéliomatose secondaire de la peau, aux *notes* de la quarante-huitième leçon.

Mais l'extrême ambiguïté reparaît quand il faut apprécier, *directement* et extemporanément, les MUTILATIONS *consécutives au lupus ulcérant*, lesquelles, *surtout à la face*, n'ont rien de pathognomonique, et,

quand elles sont réalisées, peuvent avoir été produites par la syphilis, la lèpre, ou le lupus. Sur *les membres*, elles sont plus caractéristiques, surtout en raison des lésions lupiques que l'on retrouve à la périphérie; *aux extrémités*, elles amènent quelquefois des *atrophies osseuses* interstitielles très remarquables, respectant les phalangettes et l'ongle; nous avons déposé dans le Musée de Saint-Louis — pièce n° 943 — le moulage de la main d'un sujet lupique, sur lequel on voit le pouce et l'index réduits à un moignon de 2 centimètres, auquel restent attachés les ongles sains.

III

Diagnostic et différenciation des formes et des variétés de la tuberculose lupique des membres.

Lupus verruqueux, papillomateux; tuberculose cutanée verruqueuse, tubercule des anatomistes, papillomes tuberculeux; scrofulide verruqueuse de Hardy; *lupus scléreux, végétant, corné*, etc., de Vidal.

Ces formes et ces variétés de tuberculose lupique se produisent surtout aux extrémités des membres; elles doivent en grande partie leur existence (inoculation), et leurs caractères, à la région anatomotopographique sur laquelle on les observe communément. Leur diagnostic, le plus souvent très facile, provoque cependant encore les hésitations (quand ce ne sont pas les scrupules) d'un grand nombre d'observateurs.

Elles ont leur type le plus simple dans le *tubercule des anatomistes*, lésion qui débute par une très petite poussée de dermite autour d'un traumatisme infectieux, ou permettant l'infection, perçu ou non, laissant à sa suite une petite croûte semblable à celle de beaucoup de lésions vulgaires. La petite exulcération qui est au-dessous ne guérit pas; très lentement elle s'entoure d'un liséré rouge livide étroit, en même temps que la base s'indure légèrement, ou plutôt s'infiltre. Sur le champ de l'exulcération s'élève, secondairement, une série de saillies papillaires, recouvertes de croûtelles ou de squames, et qui sont, de temps à autre, le siège de petites poussées nécrobiotiques, et de la formation de foyers gommeux minuscules, de cavernules qui, spontanément ou à la pression, donnent issue à une gouttelette miliaire de liquide puriforme. L'hyperkératose générale est peu accentuée, moins que dans plusieurs formes communes de lupus papillomateux.

Avec les mois et les années, la colonie tuberculeuse s'accroît et arrive à former des îlots de 1 à 3 centimètres en moyenne, quelquefois beaucoup plus étendus, qui alors ne diffèrent plus que par des nuances insensibles des tuberculoses verruqueuses de tout ordre. Indolente, cette petite lésion, comme toutes les tuberculoses locales, est habituellement très douloureuse à la pression. Accidentellement, elle est le siège de poussées de dermite lymphangitique, quelquefois très

graves, et le point de départ de lymphangites gommeuses tuberculeuses, ainsi que cela se produit ou se peut produire dans toutes les formes de tuberculose externe, surtout à l'extrémité des membres.

La *profession* des sujets atteints viendra activement en aide au diagnostic : médecins, garçons d'amphithéâtre, gens de service des hôpitaux, gardes-malades, bouchers, équarrisseurs.

C'est une *variété* de cette forme que G. Riehl — U. e. neue Form d. Hauttuberculose, K. K. Gesellsch. d. Aerzte, etc., 1885 — et G. Riehl et R. Paltauf, Eine, bisher noch nicht beschriebene From von Hauttuberculose, *Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.* 1886, anal. franç. p. Merklen, *in Ann. de Dermat.*, 2e série, T. VII, 1886, p. 175 — ont décrite comme nouvelle, sous le nom de « *Tuberculose verruqueuse de la peau* ». Ses caractères essentiels tiennent à la fois à la nature de l'agent inoculé et à la localisation anatomotopographique, laquelle ne comporte guère que cette modalité germinative dans les couches superficielles du derme.

Lorsque la tuberculose papillomateuse est le résultat d'une auto-inoculation chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, *mais non phthisique,* la seule nuance qui la distingue quelquefois consiste dans une rapidité un peu plus grande de l'évolution ; les régressions miliaires se font plus activement; le bord irrégulièrement polycylique des placards présente des foyers miliaires secondaires, formant de petites ulcérations qui indiquent le progrès excentrique de la lésion; enfin la plaque elle-même se recouvre parfois d'une croûte rupiaforme, qu'il faut avulser pour bien voir le fond de la surface malade. Le point essentiel de leur diagnostic est de ne pas les confondre avec les *verrues simples*, ou les *papillomes accidentels* de quelques professions spéciales, ou les *ulcérations papillomateuses* d'une autre nature ; c'est surtout sur l'ensemble des caractères, la marche, l'évolution, les commémoratifs professionnels et autres, et au besoin sur l'examen biopsique que repose la différenciation.

Sur la face, ou sur les membres, quelques variétés de lupus papillomateux prennent un *aspect lichénoïde*, ressemblent à *l'eczéma corné* végétant, tant l'hypertrophie de la couche papillaire, et les exagérations des plis, jouent un rôle dans la constitution de la lésion, et simulent toutes les variétés connues de *papillomes cornés*.

Dans ces cas divers, les bords des placards verruqueux émergent directement la peau saine, ou sont entourés d'une zone rouge ou livide, ou d'une desquamation en collerette; quelquefois irrégulièrement polycycliques, géographiques, d'autres fois circonscrivant des plaques rondes, ovales, allongées dans le sens des doigts ou des membres, ou tout à fait irrégulières, dont la surface est hérissée de saillies hyperkératosiques. Leurs *variétés,* très multipliées, ne sauraient être toutes décrites; en voici quelques types principaux :

a.) Très petits groupes de saillies granuleuses grisâtres fines, à bords irréguliers ou polycycliques, limités par un liséré rouge livide.

b.) Placards plus étendus ronds ou ovales, le centre libre ou non, la périphérie occupée par des granulations papillomateuses, cornées, sèches, avec une très légère rougeur interstitielle.

c.) Plaques, élevées de quelques millimètres à un centimètre, granitées, sur toute la surface, de végétations papillomateuses du volume d'une tête d'épingle, plâtreuses, laissant apercevoir, dans les interstices, le fond livide, et quelques rhagades, mais la surface étant complètement sèche. Les végétations se disposent en groupes secondaires formant de petits îlots fissurés, dont la réunion constitue la plaque.

d.) Disques verruqueux, dont le grain peu abondant laisse voir le fond rouge, relégués aux extrémités d'une cicatrice ancienne, livide ; le bord est irrégulier ou multicerclé, fin, formant une ligne rouge bordée par un soulèvement dermique squameux ou finement granité, zone de progression. Le centre peut être libre, cicatriciel, ou, au contraire, élevé ou presque fongueux.

e.) Grandes plaques du dos de la main, du doigt ou des membres, recouvertes d'un granité plâtreux, d'une épaisseur invraisemblable, atteignant 2 centimètres et plus, fissurées fendillées, formant de véritables monticules analogues à ceux que l'on observe dans certains cas de psoriasis du cuir chevelu, et quelquefois même hérissées de véritables cônes stalactiformes. Dans quelques sous-variétés à très larges plaques, bordées par un liséré lilas ou livide léger, la surface plâtreuse est d'un gris sale, marquetée de fissures circonscrivant des îlots polyédriques, qui sont eux-mêmes finement fissurés et granités, etc., etc.

Dans toutes ces variétés, il se fait *périodiquement* des *poussées irritatives*, partielles ou générales, avec suintement, formation de croûtes, fontes gommeuses miliaires. Quelquefois même, les petits phlegmons interstitiels miliaires, les *foyers gommeux miliaires*, au cours des tuberculoses lupiques papillomateuses ou verruqueuses, sont beaucoup plus accentués, et *simulent* les *folliculites agminées*.

Sur les *régions intertrigineuses*, la tuberculose cutanée lupique devient du type des papillomes humides, suintants, fétides, et se rapproche du lupus des muqueuses. Nous avons déposé dans le Musée de Saint-Louis un magnifique exemple de cette variété — n° 980 — qui est bien propre à montrer la transition entre les formes lupiques et tuberculeuses proprement dites; sur le territoire d'une fistule anale (tuberculeuse) opérée par Trélat, il s'était développé une vaste plaque en éventail, présentant le type de la tuberculose papillomateuse.

§ II. — Diagnostic du lupus des muqueuses.

Si le diagnostic des localisations du lupus sur les surfaces muqueuses accessibles devait être fait par les seuls caractères objectifs, il présenterait, à être établi solidement, la plus sérieuse difficulté dans un très grand nombre de cas, car la syphilis, la tuberculose des phthisiques, la

lèpre, le rhinosclérome, etc., peuvent s'inscrire sur les mêmes surfaces en caractères bien rapprochés. Toutefois, à l'aide d'une connaissance suffisante de la pathologie de ces surfaces; en tenant compte de ce qui appartient en propre à leurs divers départements, et avec l'étude attentive des coïncidences pathologiques, de l'état actuel et antérieur du sujet, ce diagnostic peut être réalisé dans la généralité des circonstances, même par les médecins qui n'auraient pas fait, de ces questions, une étude spéciale.

On recueille déjà des indices qui simplifient beaucoup la question en examinant, à part, le diagnostic du lupus dans ses diverses localisations : *a*) *conjonctive*; *b*) *fosses nasales antérieures*; *c*) *cavité buccopharyngienne* (langue, gencives, face interne des lèvres et des joues, voûte palatine, pharynx); *d*) *larynx; e*) *muqueuses génito-urinaires.*

a). *Lupus de la conjonctive.* — Très rare en dehors d'un lupus tuberculeux depuis longtemps constitué sur le visage, et presque toujours développé par propagation, le lupus de la conjonctive se caractérise par des plaques diffuses, d'abord hyperhémiques, puis tomenteuses, finement mamelonnées et granuleuses, mollasses, longtemps indolentes. Si l'on veut les observer à leur début, et savoir réellement leur fréquence, il faut renverser les paupières, et faire l'examen de la conjonctive palpébrale, chez tous les lupiques que l'on observe.

Le diagnostic différentiel n'a guère à être fait qu'avec la conjonctivite palpébrale granuleuse, généralement double et symétrique, et étendue à toute la surface d'une paupière, et si l'on se rappelle que le lupus *primitif* de la conjonctivite est une rareté avec laquelle il y a peu à compter, on comprendra qu'il est inutile d'insister.

Les lésions *syphilitiques* des mêmes régions sont également si rares que la difficulté, en réalité, ne se présente pas.

Il ne reste guère que la *tuberculose conjonctivale* des phthisiques, qui est ulcéreuse dans le type classique de l'ulcère des phthisiques, douloureuse et à évolution rapide, tandis que le lupus de la conjonctivite est torpide et indolent — Voy. H. Luc, De la tuberculose de la conjonctive, comp. au lupus de cette muqueuse, *Thèse de Paris,* 1883.

b). *Lupus des fosses nasales antérieures.* — Ce n'est le plus habituellement que la propagation du lupus de la face ayant débuté par le pli nasolabial, les ailes du nez, ou la surface des fosses narinaires. Son examen direct est très difficile, en raison même de sa situation, des croûtes qui encombrent le voisinage des ulcérations qu'il réalise. Si, ce qui est rare, émané de la cloison, ou des fosses nasales proprement dites, il a fait efflorescence à la peau, il y prend tous ses caractères et facilite le diagnostic. Mais cette circonstance est relativement si peu ordinaire, que le début d'une lésion nasale par la surface muqueuse est un signe de présomption de sa nature non lupique.

c.) *Lupus de la cavité bucco-pharyngienne.* — 1° *Lupus de la langue.* La rareté très grande, sinon aussi extrême qu'on l'a dit, du lupus de la langue, simplifie beaucoup la question de son diagnostic. Cependant,

comme dans notre conviction le lupus de la langue existe, et que nous avons la bonne fortune d'avoir, comme type, l'observation de Leloir — Le lupus de la langue, à propos d'un cas de lupus demi-scléreux de la langue, etc., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. X, 1889, p. 849 — il est fort utile de la conserver comme terme de comparaison; voici la transcription textuelle de la description de Leloir:

« La langue présente des lésions absolument remarquables, sur lesquelles il importe d'insister. Disons de suite que, au premier abord, et à un examen superficiel, la face dorsale de langue altérée rappelle une glossite lobulée superficielle, ou mieux certaines glossites lépreuses lobulées, telles que je les ai décrites dans mon *Traité de la lèpre*.

La face dorsale de la langue, depuis la partie postérieure de son quart antérieur jusqu'à sa racine, jusqu'à l'épiglotte, est parsemée de tubercules qui lui donnent un aspect spécial. Ces tubercules sont situés surtout au niveau de la région moyenne de la face dorsale à droite et à gauche du raphé médian. La plupart de ces tubercules sont gros comme des petits pois; d'autres sont un peu plus gros; d'autres plus petits ne dépassent guère le volume d'une tête d'épingle. Ils font au-dessus de la muqueuse une saillie prononcée. Leurs contours sont à peu près ronds : parfois un peu irréguliers quand deux ou plusieurs tubercules se sont réunis. Leur surface est lisse, comme scléreuse, et rappelle assez bien la surface des lobules de certaines glossites syphilitiques. Quelques-uns présentent une surface très légèrement mamelonnée ou granuleuse.

Leur coloration est un peu blafarde, opaline surtout à leur centre. Quelques-uns d'entre eux présentent une teinte nacrée rappelant celle de certaines glossites scléreuses.

Leur consistance est assez ferme, scléreuse pour les tubercules nacrés.

Quelques tubercules petits et opalins présentent, au contraire, une consistance molle et comme demi-gélatineuse, quand on les touche avec une pointe mousse.

Ils ne sont pas ulcérés. Quelques-uns cependant sont exulcérés et présentent à leur surface de petites érosions grisâtres ou d'un jaune clair.

Ces tubercules ou « groupes de tubercules » sont séparés les uns des autres par des crevasses assez profondes, irrégulières, dont quelques-unes sont sanguinolentes, lorsqu'on étale la langue.

Ces lésions sont absolument indolores. La malade n'éprouve parfois de très légers picotements que lorsqu'elle avale des aliments irritants qui pénètrent dans les crevasses qui séparent les tubercules.

Les mouvements de la langue sont conservés. Cependant la malade ressent une sorte de gêne due à l'infiltrat qui recouvre une partie de la face dorsale de la langue. L'on constate, en effet, en saisissant la langue entre les doigts, que la muqueuse dorsale est indurée. »

La question entière du lupus de la langue est à reprendre avec des observations neuves, et à l'aide des notions nouvelles sur le lupus.

Il restera à déterminer si, dans la série extrêmement variée des ulcérations dites « tuberculeuses » de la langue, il n'y en a pas qui doivent être rapportées au lupus parmi celles qui sont *indolentes*, *bénignes*, et *curables*. Les ulcérations tuberculeuses *des phthisiques*, sur la langue comme ailleurs, évoluent rapidement, d'une façon irritative — *glossite tuberculeuse*, quelquefois *généralisée;* une grande partie de la langue,

quelquefois même la plus grande partie, est comme vermoulue, papillomateuse, mamelonnée, à bord *granuleux*, finement festonné, ponctué d'ulcérations secondaires, et présentant le semis des granulations tuberculeuses classiques.

Il y aura encore lieu d'étudier la *nature lupique* d'une autre série très variée de lésions *tuberculeuses* de la langue — nodulaires à foyers isolés — à foyers cohérents constituant des plaques irrégulièrement ovalaires bordées d'un feston à petits éléments ponctué d'ulcérations secondaires, — à fond blanc, grenu, inégal — plaques ou placards de toutes formes, quelquefois assez régulièrement arrondis et ovalaires, plus habituellement irréguliers en totalité ou en partie, *anguleux* sur un ou plusieurs points — à bord incisé bordé d'un liséré rouge, quelquefois légèrement saillant, entourant un plateau un peu élevé, avec un fond blanc jaunâtre, d'autres fois un peu déprimé, etc., etc.

On n'oubliera pas, d'autre part, que plusieurs de ces caractères appartiennent plus ou moins à quelques *syphilides ulcéreuses* de la langue, qui peuvent même avoir une délinéation aussi irrégulière que celle des ulcérations tuberculeuses.

Et, dans tous les cas, le diagnostic ne devra être basé que sur l'analyse clinique *complète* des cas particuliers, et, au besoin, éclairé par la biopsie, ou l'épreuve thérapeutique.

2° *Lupus des gencives.* — Cette localisation est très commune : sur une étendue plus ou moins considérable, la gencive est rouge, mamelonnée, granuleuse, saignant au contact, très peu sensible au toucher, et même à la scarification ou aux cautérisations. Quand la lésion est ancienne et profonde, on constate le décollement et l'ébranlement des dents qui conservent, cependant, longtemps leur intégrité. Le diagnostic ne présente généralement pas de difficulté, le lupus gingival coexistant avec un lupus typique de la face, et se continuant, d'ordinaire, avec la même lésion développée à la face interne des lèvres ou de la joue dans le voisinage du sillon gingival. La difficulté n'existe que dans les cas rares où le lupus est *primitivement* et exclusivement gingival ; nous avons, dans deux cas guéris par la destruction électrocaustique, basé notre diagnostic sur l'indolence, la lenteur de l'évolution, l'absence de tuberculose *préalable*, et le résultat de l'épreuve du traitement antisyphilitique.

3° *Lupus de la voûte palatine, de la face interne des lèvres et des joues.* — Sur *la voûte palatine*, où il n'est pas rare, comme à *la face interne des lèvres et des joues*, le lupus est tuberculeux ou tuberculogommeux : surface rouge vif, mamelonnée, inégalement opaline, se continuant souvent avec un lupus gingival antérieur à travers les interstices ou les brèches dentaires — ulcérations rondes ou polycycliques, entremêlées de saillies rondes, mamelonnaires, pisiformes, les unes miliaires, les autres de la dimension d'un très petit pois ; les ulcérations atteignant un diamètre de 1 à 4 millimètres, puis se confondant avec les voisines et formant alors des ulcérations polycycliques, plus profondes, étagées, à fond grisâtre, à bords assez nets entourés d'un fin liséré rouge. Tout

cela, habituellement, d'une indolence remarquable, quoique non absolue. Destructions rares, sauf à la luette; perforations et lésions profondes appartenant seulement à certaines formes *malignes* de scrofulotuberculose qui s'étendent à l'arrière-gorge, au pharynx nasal, et laissent à leur suite des mutilations, des pertes de substances, des brides fibreuses, dont le diagnostic rétrospectif est souvent laborieux. Tout ce qui concerne ce point particulier est à reprendre avec des faits nouveaux dans un parallèle diagnostique entre la *syphilis*, la *lèpre*, la *tuberculose*, le *lupus*, et le *rhinosclérome*.

4° *Lupus du larynx*.— La limite des localisations muqueuses communes de la tuberculose lupique est au *larynx*, où on les observe au moins dans 10 p. 100 des cas de lupus constaté sur le visage ou ailleurs, lupus tuberculeux le plus ordinairement, mais aussi dans le lupus érythémateux, sans qu'il ait été encore possible de distinguer, dans cette région, les caractères des deux lupus qui paraissent identiques — Voy. l'excellente monographie de notre élève distingué J. Marty, Le lupus du larynx, *Thèse de Paris*, 1888 et Cf. Alex. Haslund, Z. statistik des Lupus laryngis, *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 471.

Sauf exception très rare — Voy. Luc, Lupus des voies respiratoires supérieures avec intégrité de la peau, Paris, 1888 — le lupus du larynx est secondaire ou consécutif à un lupus de la peau. Son début est latent, ses altérations sont *découvertes* par celui qui les cherche, chez des malades qui ne présentent aucun symptôme manifeste, et qui n'ont aucune notion d'une altération du larynx ; c'est seulement aux périodes avancées, et quand les cordes vocales sont occupées, que la maladie se démasque par la raucité de la voix, la toux, la dyspnée, et les accidents de propagation ou de voisinage.

Les lésions se présentent sous des aspects divers, pâleur générale du larynx, coloration gris cendré, tuméfaction lisse, ou élevures nodulaires, tubercules gris cendré, état hypertrophique, végétations muriformes ou polypiformes (lésions pouvant se propager au voisinage de la *trachée*) et cicatrices consécutives.

Dans les cas bien caractérisés, il n'est pas difficile de distinguer ces altérations, sèches, végétantes, cicatricielles, indolentes, des lésions douloureuses, ulcératives, et présentant les granulations tuberculeuses miliaires, caractéristiques de la tuberculose laryngée des phthisiques. Mais quand il s'agit de différencier ces altérations de celles de la *syphilis*, de la *lèpre*, ou du *rhinosclérome*, etc., la difficulté devient beaucoup plus grande; il est alors nécessaire de faire intervenir dans le jugement l'étude entière du malade, et de ses coïncidences pathologiques.

5° *Lupus de la muqueuse des organes génitaux*. — Déjà très rare sur le fourreau de la verge, sur le scrotum, sur la partie cutanée des grandes lèvres, le lupus disparaît sur la surface dite « *muqueuse* » du gland, du prépuce, des petites lèvres, et de l'appareil clitoridien, ou, au moins, nous ne l'y avons jamais rencontré, et nous n'avons jamais reconnu de lupus *vrai* dans les différents cas de lésion « esthioménale » qui ont été soumis à notre examen comme étant de nature lupique. Cette

immunité, si extraordinaire, des *surfaces muqueuses* des organes génitaux pour la tuberculose *lupique*, est bien importante à *rapprocher* de celle qu'elles présentent, également, pour la lèpre, et à *opposer* à l'extrême facilité que la syphilis trouve à y implanter toutes ses manifestations.

§ III. — Pronostic du lupus.

Le pronostic du lupus est extrêmement variable selon les sujets, les cas, les formes et les variétés, l'état de simplicité ou de complication, la période de la maladie, et l'époque à laquelle un secours éclairé et efficace a été apporté au patient.

Au titre le plus général, il est impossible de ne pas déclarer sérieux le pronostic d'une affection qui comporte comme agent pathogénique essentiel un élément *tuberculeux*. Atténuez-en autant que vous voudrez la virulence ; faites valoir cet argument vrai que la peau est un terrain de culture très peu favorable ; ajoutez, si vous voulez être exact, que la phagocytose s'y exerce dans la plus large proportion ; énumérez le nombre considérable de lupiques qui ne présentent pas de localisations viscérales même après un très grand nombre d'années, etc., etc., cela n'empêchera pas que, dans un très grand nombre de cas, le lupus ne soit *suivi* de localisations tuberculeuses du côté du poumon, de la plèvre, des méninges, et que, tout éloignée qu'en soit souvent l'échéance, il n'en est pas moins redoutable de conserver en culture sur son propre tégument le bacille de la tuberculose — Voyez sur ce sujet l'excellente monographie de notre élève distingué Emile Renouard, Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose, *Thèse de Paris*, 1884.

En vain objecte-t-on que les observations sur lesquelles est basé notre jugement portent sur des malades hospitalisés, placés antérieurement, ou par le fait de leur séjour à l'hôpital, dans de mauvaises conditions d'hygiène, en même temps qu'ils sont exposés à la contagion nosocomiale. Comment, en effet, admettre qu'il faille accorder la *préséance* à ces conditions diverses mauvaises, qui n'ont rien d'exclusif aux lupiques, et à la contamination éventuelle venue du dehors, sur la *présence réelle* du bacille tuberculeux, que le malade porte sur lui-même en permanence ? La tuberculose lupique ferait-elle une exception, et ne serait-elle pas, comme toutes les tuberculoses locales, un danger permanent pour celui qui la porte ?

En nous basant sur une observation aujourd'hui suffisamment prolongée et étendue pour être autorisés à formuler notre opinion ferme, nous affirmons que le lupus dans toutes ses formes, que la tuberculose la plus atténuée de la peau représentée par le tubercule anatomique, par exemple, peut être l'origine, le point de départ, de tuberculoses ganglionnaires et viscérales, au nombre desquelles la tuberculose pulmonaire occupe le premier rang.

Dans beaucoup de cas, cette infection secondaire ne s'exerce que comme elle le ferait sur un sujet prémuni par une sorte d'autovaccination, et les localisations pulmonaires empruntent à leur caractère fibreux une bénignité, ou une lenteur particulières ; mais si l'on suit les malades *au cours de leur existence*, aussi bien que dans la pratique de la ville que dans celle de l'hôpital, on constatera, comme nous

l'avons malheureusement fait, assez de phthisies postlupiques pour étayer sa propre conviction. Sans aucun doute on peut produire un grand nombre de sujets atteints de lupus, qui ne présentent pas d'auto-infection ; est-il besoin de le dire ? sans cela il n'y aurait pas matière à discussion. Mais que l'on examine, comme nous l'avons fait, pendant une série d'*années*, *tous* ces malades, en pratiquant l'examen de la poitrine, du larynx, avec le soin et l'attention nécessaires, et l'on verra que les exceptions malheureuses ne sont pas aussi rares qu'on le suppose. Sans doute encore on voit des enfants naître sains de parents lupiques ; mais est-ce là une chose rare dans la tuberculose ? Ce qu'il faudrait établir, c'est ce que *deviennent* ces enfants de la quinzième à la vingtième année de leur existence. Au demeurant, cette question embrasse la totalité des tuberculoses locales; pour être convenablement étudiée, il faudrait que l'enquête sur l'origine des phthisies acquises ou héréditaires fut faite, de ce côté, avec une connaissance suffisante des tuberculoses locales; or cette notion, inconnue il y a peu encore, est loin d'être vulgarisée.

A *titre local,* la gravité du lupus est suffisamment précisée par ce fait que la lésion guérit très rarement, pour ne pas dire jamais, d'une manière *spontanée;* qu'elle ne peut guérir sans laisser une *cicatrice indélébile;* qu'abandonnée à elle-même elle donne lieu à des *lésions secondaires graves*, et à des *mutilations* quelquefois épouvantables; atrésies des orifices, ectropion, kératite perforante, panophthalmie, destruction partielle ou totale du nez, etc., etc., de la voûte palatine et de l'appareil pharyngien ; altérations de l'oreille externe et moyenne, avec otite profonde et toutes ses conséquences, etc., etc.

Dans les formes malignes, térébrantes, la maladie reste rebelle à tous les moyens employés, actuellement connus.

Dans presque tous les cas, il y a obligation de recourir à un traitement mécanique ou chirurgical pénible, ou douloureux; enfin il y a peu de lésions tégumentaires dans lesquelles la *récidive* locale soit plus opiniâtre quand, abandonnée longtemps à elle-même, elle a infiltré profondément les tissus envahis.

A titre accessoire, le lupus peut, comme toutes les tuberculoses locales, devenir le point de départ *d'adénopathies* persistantes constituant de nouveaux foyers tuberculeux — Voy. Leloir, Le lupus vulgaire et le système lymphatique (radicules, vaisseaux, ganglions), *Ann. de l'Institut Pasteur*, p. 551, 1890 — de *lymphangites érysipélatoïdes*, *gommeuses ; ultérieurement de lymphangiectasies éléphantiasiques*, *d'éléphantiasis secondaires*, déformants et mutilants; d'une variété maligne d'*épithéliome secondaire* particulièrement funeste ; et de tous les accidents de cicatrice.

Cela dit, il faut ajouter immédiatement, que ce pronostic si grave s'applique surtout *aux cas anciens*, *invétérés*, *négligés*, *abandonnés à eux-mêmes*, *irrités par des médications insuffisantes.* Le nombre considérable de malades arrivés à ces extrémités qui affluent à l'hôpital Saint-Louis, indique trop clairement que beaucoup de médecins ne connaissent pas encore le lupus, ignorent les moyens de le traiter, ou

ne se rendent compte ni de la nature, ni de la gravité de cette maladie. Diagnostiquée *dès son début*, traitée *énergiquement* par les moyens de destruction appropriée, la tuberculose lupique, peut, au contraire, être enrayée de la manière la plus absolue, et dans les cas légers ou moyens, même déjà anciens, elle peut être réprimée et maintenue dans des proportions restreintes à l'aide de moyens d'une extrême simplicité.

La plupart des formes de la tuberculose lupique sont torpides, indolentes, et évoluent par séries de mois et d'années; mais il en est quelques-unes qui font exception, marchant d'une manière relativement aiguë, *subaiguë,* envahissant, en quelques mois, de larges surfaces du visage, le centre entier de la face par exemple. On tiendra donc compte, dans le pronostic à porter sur un cas particulier, de la *marche* de la maladie, et de la rapidité de son évolution ; les formes aiguës sont graves à tous les titres.

Les *variétés ulcératives*, *ulcéreuses*, *ulcérantes*, comportent évidemment un pronostic plus grave que les formes tuberculeuses simples; les variétés *papillomateuses* empruntent surtout leur gravité à la localisation aux extrémités, et aux *mutilations* spéciales qu'elles peuvent produire; enfin la *localisation au visage* comporte une importance particulière qu'il n'est pas besoin d'exposer en détail.

Au point de vue du *pronostic local* à porter sur la cicatrisation après traitement, et sur les mutilations inévitables, on se rappellera que toute surface cutanée qui n'est pas *détruite*, qui est simplement tuméfiée, hypertrophiée même et déformée à l'extrême, par la fongosité lupique, peut être restituée à l'état de cicatrice de niveau, et très satisfaisante. Le Musée de l'hôpital Saint-Louis contient un grand nombre de pièces très instructives à cet égard, dans lesquelles nos collègues et nous avons fait mouler la lésion avant le traitement, et mouler ensuite les cicatrices obtenues. Il est, au contraire, d'autres cas, tels que ceux dans lesquels le foyer lupique est recouvert d'une croûte noirâtre, *plate*, adhérente, et qui semblent au premier abord moins graves que les précédents; mais l'*ulcération*, qui est constante au-dessous de cette croûte, est souvent profonde, destructive.

Dans tous les cas, on devra s'efforcer de préciser, *d'avance*, le résultat à espérer; on fera remarquer au patient, ou à son entourage, les pertes de substances déjà réalisées, les difformités inévitables, les atrésies des orifices, adhérences vicieuses, ectropion, etc., afin que ces accidents divers ne soient pas imputés au traitement qui sera effectué.

Dans toutes les formes de lupus, le tuberculome détruit, il peut persister une *induration fibreuse* que Leloir — Le lupus sclérosé et le lupus scléreux, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 574 — rapporte surtout au lupus non ulcéreux ; cette induration, qui prend quelquefois les proportions d'une *cicatrice hypertrophique*, s'atténue avec le temps, mais il faut en tenir compte au point de vue du pronostic local de l'état *après* guérison. Mais c'est surtout dans les tuberculoses verruqueuses,

particulièrement aux extrémités, que l'élément fibreux prend une part considérable à la constitution de la cicatrice post-opératoire. Éteint spontanément, scarifié, ruginé, ou détruit par le feu, le lupus papillomateux laisse après lui une plaque indurée, que *le temps* et un traitement approprié seuls peuvent combattre efficacement. *Chez certains sujets*, tous les procédés de traitement sont suivis de cicatrices hypertrophiques, quelquefois bridées, et chez tous, il y aura quelques réserves à faire de ce chef; nous indiquerons tout à l'heure les meilleurs moyens de prévenir ces accidents et de les réparer quand ils se sont produits. Dans tous les cas, le malade devra être informé que, par tous les procédés, la guérison locale ne peut être obtenue sans une cicatrice.

I

Traitement interne et général de la tuberculose lupique

I. — On ne connaît jusqu'à présent aucune substance qui, introduite dans la circulation générale par une voie quelconque, soit apte à stériliser la portion du tégument dans laquelle a été implanté, et végète, l'élément pathogène du lupus, à la manière, par exemple, dont agissent le mercure et l'iodure de potassium sur les tissus dans lesquels se cultive l'agent inconnu, qui détermine les altérations propres à la maladie syphilitique. Cela est absolu.

II. — Quelques auteurs paraissent croire que diverses infections secondaires, définies ou non, érysipèle vrai, lymphangiodermites paroxystiques, etc., sont microbicides ou phagocytiques, et peuvent détruire l'élément pathogène du lupus, *guérir* la tuberculose lupique. C'est une pure illusion. Dans tous les troubles graves de l'économie, dans tous les cas où il se produit un état pyrétique intense ou prolongé, le lupus subit une atténuation momentanée, accentuée davantage quand il s'y joint un processus irritatif local; mais le bénéfice réalisé est simplement apparent, ou momentané, ou partiel. Nous avons apporté à cette question l'attention la plus minutieuse; nous avons essayé de provoquer ces irritations érysipélatoïdes ou ces érysipèles; quand il s'agissait d'érysipèle *vrai*, ce qui est très rare, nous avons relevé des localisations graves, albuminurie, endocardite, et nous avons été d'autant moins encouragé à persévérer que, dans aucun des cas soumis à notre observation, l'érysipèle ou les érysipélatoïdes n'ont déterminé de guérison vraie et durable d'un lupus constitué.

III. — Ce que nous venons de dire de l'action des érysipélatoïdes et de l'érysipèle vrai sur le lupus, s'applique à l'action locale que produit, dans les tuberculoses de tout ordre, après un délai de quelques heures, l'injection sous-cutanée de l'extrait glycériné des cultures sèches et pures du bacille de Koch. Cette action locale, extrêmement remarquable au point de vue expérimental, et dont le résultat effectif est une réduction *temporaire* de masse, une atténuation *momentanée* du pro-

cessus tuberculeux tégumentaire, est surtout accentuée dans les formes ouvertes du lupus de Willan : moins prononcée dans les variétés fermées et fibreuses, scléreuses, elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les formes, sans exception, sont sèches et fermées. Dans aucun de ces cas, elle n'est suffisante pour produire une guérison véritable; le résultat obtenu est toujours inférieur à celui que donnent les procédés de traitement dont on dispose actuellement, et, dans quelques cas, la prolifération tuberculeuse, loin d'être réduite, subit, au contraire, un accroissement manifeste.

Il est vrai que l'action inhibitoire, même temporaire, que l'injection sous-cutanée de tuberculine produit sur le lupus, pouvant être, à volonté, réalisée un certain nombre de fois, constituerait peut-être un appoint à la cure chirurgicale des lupus. Mais, dans tous les cas, sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir, et qui, même avec les petites doses, même à la première injection — Voy. Jarisch, *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1890, p. 972 — peut causer la mort; elle expose le patient à des accidents graves du côté du cœur, du cerveau, des reins, etc., et met en jeu des foyers tuberculeux jusque-là latents, qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Après avoir soumis la méthode de Koch à une expérimentation méthodique, et dépourvue de toute idée préconçue, nous avons renoncé à son emploi à cause de son insuffisance et de ses dangers. Nous souhaitons vivement que les recherches poursuivies de toutes parts, en ce moment, amènent la découverte d'une substance ayant la propriété d'actionner les tissus tuberculeux, sans exposer les malades aux éventualités redoutables dans lesquelles les plaçait l'injection hypodermique de tuberculine. Mais nous ne croyons personnellement pas à la réalisation de ces espérances, tant il est difficile de comprendre la guérison vraie du lupus par une substance qui n'aurait pas la propriété de détruire les bacilles de la tuberculose, ou de rendre les tissus de l'économie entière impropres à leur culture. Chercher, dans la voie suivie par Liebreight, à provoquer dans le lupus une irritation curative à l'aide de substances toxiques de l'ordre du cantharidate de potasse, est, suivant nous, sans objet, et expose les malades à des accidents d'intoxication viscérale, rénaux, ou autres, sans présenter aucune chance de guérison vraie.

Cf.: G. Thibierge, Le Trait. du Lupus vulg. p. les inject. de Lymphe de Koch — *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 940; *Ann. de Dermat.*, 3e série, t. I, 1890, p. 941; II, 1891, p. 53 (La méth. de K. au point de vue dermat.) et *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.* (Le Trait. du L. à Berlin), 1890, t. I.; E. Vidal, Traitement des lupus par la lymphe de Koch, *ibid.*, 1891, p. 18; Ernest Besnier, note sur la méthode de Koch appl. au trait. des tuberculoses tégument. en génér. et des lupus en particulier, *ibid*, 1891, et *Semaine médicale*, 1891, p. 54; Hallopeau, sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch, *eisd. loc.*, etc., etc.

IV. — Chez certains sujets qui sont dans un état de nutrition au-

dessous de la normale, on peut constater *une action favorable* de l'emploi de l'*huile* (huile de morue) simple ou additionnée de créosote, à dose aussi élevée que le permettent la tolérance individuelle, l'état des voies digestives et du foie, et le degré thermométrique de l'atmosphère (médication des pays froids et des saisons froides). Il est même permis de supposer que cette action favorable peut être accrue par les procédés d'injection hypodermique, à haute dose, d'huile créosotée, institués par Gimbert et perfectionnés par Burlureaux — Voy. *Bulletin de la Soc. franç. de Dermat.*, mars 1890, p. 109.

On peut encore retirer un bénéfice appréciable de quelques *médicaments* tels que l'*iodoforme*, soit à l'intérieur, et à dose élevée comme nous l'avons proposé et expérimenté autrefois — E. Besnier, *loc. sup. cit.*, — non seulement dans le lupus érythémateux, mais dans tous les lupus; soit par la voie hypodermique — Morel-Lavallée ; les *phosphates* et *phosphites*, la *créosote* associée, ou non, à l'huile de morue, etc., etc. Mais nous n'avons jamais vu un seul cas de lupus constitué, *guéri*, au sens ferme du mot, par l'emploi de l'un, de l'autre, ou de la totalité de ces médicaments.

Il est inutile d'ajouter qu'il sera toujours utile pour le tuberculeux lupique d'employer, sur indication précise, le *quinquina*, l'*iode*, le *fer*, les *analeptiques*, ainsi que tous les agents trophiques de la peau et des muqueuses, l'*arsenic*, le *soufre*, etc.: l'*oxygénation* (cures d'air et d'oxygène); la *balnéation chaude et tonique*, sulfureuse et saline; les *cures hydrothermales salines* de tous les pays, Kreuznach, Salies, Salins, Lavey, Bex, etc., etc.; *sulfosalines* ou *sulfureuses*, d'Uriage, de Saint-Gervais, de Schinznach, de Cauterets, Bessèges, Bagnères-de-Luchon, etc., etc.; *salines* et *arsenicales*, au premier rang desquelles la Bourboule ; *iodurées* de Challes, etc., etc. ; les *stations maritimes* et les *sanatoria* de tout ordre. Mais toujours avec cette réserve qu'employés *seuls*, ces médicaments ou ces médications sont toujours insuffisants à *guérir* le lupus.

II

Traitement externe du lupus

De même qu'il n'existe aucune substance connue qui, administrée par la voie interne ou hypodermique, puisse stériliser les tissus envahis par le lupus, il n'y en a aucune qui, directement introduite dans ces tissus eux-mêmes, soit apte à faire la stérilisation sur place, ou à détruire l'agent parasitaire, sans détruire, en même temps, les tissus dans lesquels celui-ci végète. En un mot, il n'y a pour le lupus, ni stérilisant général ou local, ni parasiticide au sens vrai du mot. Toutes les tentatives menées dans cette direction sont sans objet : tous les prétendus « parasiticides » sont des agents caustiques détruisant les tissus eux-mêmes, ou déterminant une phlegmasie éliminatrice.

Le traitement réel du lupus est tout entier *externe*, et, pour la plus grande part, *mécanique*, ou *chirurgical*, limité seulement dans son action par sa localisation anatomopographique, son étendue, sa pro-

fondeur, les désordres déjà réalisés. Depuis vingt ans, l'école de l'hôpital Saint-Louis a fait les plus grands efforts pour perfectionner ce traitement, et a réalisé des progrès considérables.

La thérapeutique externe du lupus comprend plusieurs *méthodes*, et divers *procédés*, dont les indications varient selon les formes et les variétés de la maladie, l'âge du sujet, la localisation anatomique ou anatomotopographique, etc., et, dans un même cas, selon l'état éventuel, et les phases du traitement. Il existe des raisons que nous préciserons, de préférer une méthode générale à une autre ; il n'y en a aucune pour adopter exclusivement l'une, au détriment de toutes les autres.

1° Traitement du lupus par les caustiques chimiques.

Après avoir constitué longtemps la méthode essentielle de traitement externe du lupus, les caustiques sont, aujourd'hui, abandonnés comme *méthode générale* par un grand nombre de dermatologistes, et par nous-même. Dans des travaux antérieurs, *loc. sup. cit.*, et notamment dans le mémoire de 1883, nous avons expliqué que cet abandon était surtout motivé par la *douleur intense et prolongée*, causée par ce mode de traitement, par l'incertitude du degré exact de la destruction des tissus sains effectuée par le caustique, par le caractère vicieux des cicatrices obtenues dans beaucoup de cas, et par la nécessité de réitérer un grand nombre de fois la douleur des cautérisations, quand les surfaces malades étaient étendues en surface ou en profondeur, etc., etc.

Nous ne prétendons pas — on voudra bien le remarquer — que l'on ne peut pas guérir certains cas de lupus par l'emploi bien dirigé des caustiques classiques — chlorure de zinc, caustique de Vienne, pâte du frère Côme, nitrate d'argent, nitrate de plomb, etc., etc., — ou des agents de réduction, « caustiques électifs », dont beaucoup de dermatologistes poursuivent encore aujourd'hui l'application — acides pyrogallique, chrysophanique, salicylique, etc., etc. Loin de là ! On peut parfaitement guérir beaucoup de cas de lupus à l'aide des caustiques quand on a appris à les manier judicieusement ; nos prédécesseurs immédiats à l'hôpital Saint-Louis, et nous-même, avons obtenu par leur emploi beaucoup de guérisons, quelques-unes très remarquables. Mais comme il est possible d'en réaliser de semblables avec moins de douleur, en détruisant beaucoup moins de tissu sain, et en mettant les malades à l'abri de la plupart des accidents et des revers des cautérisations proprement dites faites à l'aide des agents chimiques, nous trouverions illogique de continuer à les employer comme méthode générale.

Assurément la médication par les *emplâtres réducteurs, et « parasiticides », d'acide salicylique*, *pyrogallique*, de *créosote*, de *résorcine*, etc., les *mercuriaux* sous toutes leurs formes, les *injections interstitielles de toute sorte* doivent être utilisés dans des cas déterminés ; mais leur emploi réclame une manutention considérable, une présence réelle du médecin, réitérée. Après avoir tout essayé, nous n'en avons rien conservé comme méthode usuelle, à cause de l'infériorité des résultats et de la difficulté de l'application pratique dans nos policliniques, où nous avons de trop nombreux lupiques, trop peu de temps à leur consacrer, et trop

peu de personnel de service. Dans la pratique générale, la difficulté est la même à peu près, et l'infériorité des résultats décourage rapidement le malade et le médecin.

Il faut se rappeler, en outre, que, dans ce pays, les policliniques sont rares, et l'on ne peut vraiment pas supposer que la généralité des médecins aient assez l'habitude du lupus pour manier, comme un médecin spécial, tout l'arsenal des topiques, en juger les indications et les résultats.

Tous les médecins, au contraire, ont entre les mains un thermocautère et ils auront dans un avenir peu éloigné un électrocautère ; avec cela, le nitrate d'argent, et les agents à lui connus du pansement des plaies, au besoin avec les aiguilles à scarifier, éventuellement, il peut aisément mener à bien, et fort simplement, le traitement des lupiques.

Si l'on veut suivre les nombreux malades de cette espèce qui viennent à nos policliniques de l'hôpital Saint-Louis, on verra que le traitement du lupus peut, en fait, être exécuté dans la généralité des cas par tous les médecins, à peu de frais, sans hospitaliser, aliter, ni même entraver dans leur existence les malades, et en toute saison, à l'aide d'un ensemble fort simplifié de moyens qui constituent, non pas la cure idéale du lupus, mais cette *médication atténuée*, en grande partie palliative, *successive*, à actes multiples et non sanglants, qui est préférée par la majorité des patients.

Cela dit, ajoutons immédiatement que plusieurs de ces agents caustiques trouvent à être utilisés comme *adjuvants*, *partiellement* employés, et sur indications précises que nous formulerons *dans le cours du traitement*, *dans le pansement des lésions ulcéreuses* spontanées ou postopératoires, et *dans la direction très importante du processus de cicatrisation.*

Deux circonstances seules se présentent dans lesquelles on ait, réellement, à recourir aux méthodes caustiques longuement exposées dans le texte courant par le professeur KAPOSI. C'est quand les malades *refusent* toute intervention sanglante, ou électrocaustique, ou bien dans certains cas de *lupus invétéré*, à très grande surface, dans lesquels il s'agit simplement de remettre les cicatrices en état supportable. Dans ce dernier cas, l'*acide pyrogallique* est un excellent modificateur, ainsi que l'a montré le professeur SCHWIMMER, et que nous l'avons maintes fois exécuté après lui, et selon le mode que nous avons exposé dans notre mémoire de 1885, *loc. sup. cit.*, p. 8 :

Les cas de lupus très anciens, *très étendus*, avec mutilations déjà réalisées, sont, à vrai dire, réfractaires à toute médication dans une certaine mesure ; et les cautérisations interstitielles, en raison même de l'étendue superficielle des lésions, présentent des difficultés d'exécution qui ne le cèdent pas à celles de la plupart des autres procédés. C'est dans ces circonstances que l'on a avantage, surtout, à avoir recours aux dermatites suppuratives provoquées, ainsi que l'a très bien indiqué le professeur Schwimmer. L'acide pyrogallique se prête parfaitement à cette action, soit en pommade appliquée jusqu'à irritation suffisante, selon la pratique de ce savant dermatologiste, soit en applications directes à l'aide de l'éther, comme je le fais actuellement. Les surfaces lupiques sont badigeonnées avec un pinceau imbibé de solution au maxi-

mum d'acide pyrogallique dans l'éther, ou reçoivent une pulvérisation faite avec cette solution éthérée. Dans les deux cas, la surface se couvre à l'instant d'une couche blanche et adhérente d'acide pyrogallique en nature, que je recouvre immédiatement d'une couche de traumaticine. Dans les jours qui suivent, une irritation analogue à celle d'une forte vésication se produit dans les tissus pathologiques; à la périphérie, à peine un peu de tuméfaction sans rougeur. La cicatrice qui succède à ces applications est lisse, et les badigeonnages ou les pulvérisations sont renouvelés jusqu'à ce que tout foyer lupique ait disparu de la cicatrice. C'est ce que nous avons pu, jusqu'ici, réaliser de plus simple et de plus expéditif en même temps que de moins douloureux.

Aucun pansement n'est nécessaire avant que la suppuration ait détaché ou rompu la couche de traumaticine ; une seule application est suffisante pour produire la dermatite curative; on l'obtient plus ou moins énergique selon l'épaisseur de la couche d'acide pyrogallique que l'on dépose à la surface du lupus.

C'est surtout sur le visage où l'application de la traumaticine pyrogallique est indiquée; elle convient pour les policliniques, et est aisément applicable à tous les sujets pusillanimes si nombreux, enfants ou adultes.

Le lupus de Willan, dans ses diverses formes, est le mieux approprié à ce dernier mode de traitement; à moins d'être très superficiel, le lupus érythémateux se prête moins bien à cette action qui reste, en réalité, assez superficielle toutes les fois où elle ne rencontre pas le tubercule *mou* du lupus vulgaire.

2° Traitement chirurgical du lupus.

Le traitement chirurgical du lupus comprend deux ordres de procédés, les uns sanglants, les autres non sanglants.

1° Procédés sanglants. — Extirpation. — Rugination. — Dilacération *ou* scarification.

A. Extirpation. — L'ablation du lupus, qui semble, en principe, la méthode par excellence, parce qu'elle est la plus radicale et la plus *simple*, a été, à diverses reprises, introduite dans la pratique chirurgicale; mais elle a toujours été abandonnée par ceux-là mêmes qui l'avaient recommandée en termes précis. D'une part, en effet, l'étendue souvent considérable des surfaces envahies, plus encore leur siège si fréquent à la face, sur le nez, sur les paupières, sur les lèvres, etc., s'opposent d'une manière absolue à la mise en pratique de l'extirpation dans la presque totalité des cas. On ne saurait admettre, dans le traitement du lupus, la production de destructions et de délabrements semblables à ceux que nécessiterait l'éradication complète et immédiate de la lésion. D'autre part, alors même qu'il s'agit de surfaces lupiques limitées, et occupant des régions opérables, le résultat obtenu est loin de répondre à ce que promettait l'hypothèse : la cicatrice est souvent vicieuse; elle devient le siège d'altérations nouvelles, et la repullulation de la lésion est presque la règle; pour l'éviter, il faudrait, en surface et en profondeur, dépasser les limites dans lesquelles on est contraint

de rester. Et alors même que l'on atteindrait ces limites excessives, l'extirpation par la méthode sanglante laisserait toujours la possibilité éventuelle d'une auto-inoculation des surfaces de section. Si, dans une circonstance particulière, l'extirpation radicale d'un lupus était indiquée, nous ne conseillerons de la pratiquer qu'à l'aide de la thermocaustique; avec les plus grandes précautions, si le malade était dans une salle d'hôpital, contre l'infection tuberculeuse secondaire de la plaie opératoire.

B. Rugination, curettage, raclage. — Dans ce procédé on se propose d'enlever, à l'aide de cuillers tranchantes, les tissus pathologiques, tissus dont la consistance, ou la résistance, sont *différentes* de celles des éléments sains, plus molles dans le tubercule lupique, plus dures mais plus friables dans les lupus papillomateux, fibreux, hyperkératosique, etc. Les cuillers tranchantes, déjà employées par Fischer, de Cologne, — voyez pour la bibliographie et l'historique, E. Besnier, *loc. sup. cit., Mém. de* 1883 — vulgarisées par Volkmann sous le nom de curettes, — curette de Volkmann — employées par Hebra, et surtout par Hans Hebra, puis par Aubert, de Lyon, ont été ensuite particulièrement adaptées en forme et en dimension propres au traitement du lupus par Balmanno Squire et par nous-même. Ce sont de petites curettes d'acier, de forme ronde ou ovale, du diamètre de un millimètre à un ou plusieurs centimètres; nous en avons fait exécuter de toutes les dimensions appropriées à l'étendue et à la situation des surfaces à ruginer, ou des foyers à curer; puis, faisant fenêtrer le fond, nous les avons transformées en anneaux tranchants, dont le maniement et le nettoyage sont très aisés. Si l'on joint à cet outillage, d'ailleurs fort simple, la rugine semi-lunaire, de E. Vidal, courbe sur le plat, on aura tout ce qui est nécessaire non seulement pour le curettage et la rugination du lupus, mais encore pour une foule d'autres opérations de petite chirurgie dermatologique.

Deux modes opératoires principaux peuvent être suivis : *a.*) *la rugination complète à fond; b.*) *le curettage.*

a.) *Rugination complète à fond.* — La curette tranchante, d'un diamètre approprié à la surface à ruginer, est promenée, largement et énergiquement, sur toutes les sufaces pathologiques.

Si l'opérateur a quelque habitude, et une certaine dextérité, il peut réellement ne détruire que peu de tissus sains, en raison de la résistance normale de ces derniers ; une hémorragie immédiate assez abondante se produit; elle est aisément arrêtée par la compression ouatée. Puis, la plaie est nettoyée aseptiquement, et pansée, soit simplement comme nous le faisons avec du coton hydrophile maintenu avec une bande, soit avec tout autre pansement classique, en évitant les substances irritantes du type de l'acide phénique, qui sont inutiles, et produisent des irritations de voisinage. Les jours suivants, la plaie est surveillée, pansée simplement *d'abord*, puis avec les gazes ou *lints* iodoformés, boriqués, etc. L'essentiel est de réprimer avec le nitrate d'argent mitigé, et le crayon de zinc, le bourgeonnement exubérant, ou de faire sur

la plaie les applications appropriées aux conditions qu'elle présente, en un mot de *diriger* le processus de cicatrisation.

La rugination à fond est peu exécutable sur la face, sur le nez, sur les oreilles ou les paupières; elle ne peut être, sans nocuité, exécutée que sur le tronc et les membres, s'il s'agit de lupus tuberculeux.

Elle convient particulièrement au lupus des membres, aux formes papillomateuse, verruqueuse, dans lesquelles son emploi est logique.

Mais, dans le lupus tuberculeux ancien, à foyers agminés et entravés de cicatrices, les résultats obtenus sont si imparfaits, la repullulation est si prompte, soit par auto-inoculation, soit par impossibilité d'attaquer et de détruire les foyers profonds, que les médecins qui la pratiquent la font suivre immédiatement soit de scarification profonde — AUBERT, de Lyon — soit d'applications caustiques diverses.

Dans ces cas, la rugination faite, il serait plus logique, comme nous le répéterons plus loin, de détruire avec le thermocautère ou l'électro-cautère la base des foyers lupiques qui ont été évacués par la curette.

Quant à la douleur de l'opération, sans recourir à l'anesthésie chloroformique, on peut l'atténuer par les injections localisées de cocaïne, soit par la congélation à l'aide de l'éther pulvérisé, ou du chlorure de méthyle pulvérisé, ou au pinceau.

N'était la crainte de favoriser les auto-inoculations, la rugination complète à fond serait le procédé essentiel, le plus rapide, à appliquer à la cure du lupus des membres, et de toutes les formes papillomateuses et verruqueuses. Nous l'avons longtemps pratiquée, avec des succès remarquables; mais nous rejetons son emploi complètement sur le visage, et dans le lupus tuberculeux proprement dit.

Il faut en outre savoir, que même ruginé dans la perfection, le lupus papillomateux un peu ancien, ou profond, conserve souvent deux choses qui réclament l'emploi d'autres moyens : 1° des tubercules profonds, sous-scléreux, qui ont échappé; 2° même après guérison, une nappe fibreuse — sclérose de guérison de LELOIR — qui constitue, en réalité, une cicatrice vicieuse que la scarification et les emplâtres résolutifs sont seuls aptes à réprimer. Quant aux tubercules de repullulation au milieu de la nappe sclérosée, le meilleur moyen de destruction à leur appliquer est l'ignipuncture — voy. plus loin, p. 470 et suiv.

b.) *Curettage.* — A l'aide de petites curettes fenêtrées, de forme et de dimensions appropriées, on peut pénétrer dans les foyers d'un lupus tuberculeux, les *évider* et les évacuer, puis cautériser énergiquement les cavités avec un crayon de nitrate d'argent mitigé et des crayons de zinc, de diamètres appropriés. Ce procédé, qui n'est pas sans activité, et qui est assez simple, bien qu'un peu douloureux, serait applicable surtout à la restauration et à l'entretien en bon état des cicatrices d'anciens lupus à repullulation partielle, si on n'avait pas comme nous le dirons, dans l'électrocaustique, un moyen supérieur, et beaucoup plus simple.

C. Dilacération, scarification linéaire. — Le traitement du lupus vulgaire par les scarifications ponctuées, ou par des piqûres multiples, a été tenté en même temps de divers côtés, et en différents pays, depuis une vingtaine d'années ; son véritable instigateur est Volkmann, pratiquant des scarifications ponctuées simples sans cautérisation, après le raclage, pour atteindre les foyers lupiques implantés au-dessous de la surface dermique ruginée.

Balmanno Squire modifia de la manière la plus heureuse le procédé de Volkmann, en remplaçant la scarification *ponctuée* par la scarification *linéaire*. Enfin notre collègue Émile Vidal (à l'hôpital Saint-Louis dès la fin de 1874) perfectionna rapidement le procédé de Balmanno Squire, et montra l'inutilité, au moins dans certains cas, des associations caustiques, et du raclage préalable.

Nous n'avons jamais manqué l'occasion de proclamer que c'était à Vidal qu'était due véritablement l'application méthodique et définitive des scarifications linéaires au traitement du lupus, mais on a trop oublié que l'un de nous, immédiatement après lui, a mis en expérimentation la méthode des scarifications linéaires sur une échelle très étendue, en a régularisé sur plusieurs points le procédé opératoire, a appris à faire la scarification avec compression immédiate à l'éponge ou à l'ouate sans perte de sang, tout en les multipliant au point extrême nécessaire, pour abréger le nombre des séances, et a contribué, pour une grande part, à sa vulgarisation. Seul, un collègue lyonnais, Aubert, nous a rendu la justice légitime — Voy. Le Traitement du lupus à l'Antiquaille, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IV, p. 131.

Nous n'avons aujourd'hui qu'à reproduire, à peu près littéralement, ce que nous avons écrit dans l'édition précédente, et ce que nous avons dit dans notre mémoire de 1880.

Instruments. — L'instrumentation de la méthode est des plus simples : quelques aiguilles courtes de 1 à 2 centimètres, les unes tranchantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue, solidement montées sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte, voilà ce qui est nécessaire, voilà seulement ce dont il faut se servir. En raison de la délicatesse de ces instruments dont la trempe et le tranchant doivent être de première qualité, et être maintenus en bon état, il faut en avoir de récemment aiguisés, ce qui, en définitive, peut être aujourd'hui obtenu à peu de frais, et pourrait devenir plus aisé encore. Nous proscrivons absolument du traitement du lupus l'emploi du scarificateur de la conjonctive que nous avons vu, entre des mains inexpérimentées, dépasser de beaucoup le but à atteindre. Le scarificateur généralement adopté est celui de Vidal, c'est une lame plate de 2 à 3 millimètres de large et de 2 à 3 centimètres de long, à bords tranchants et à pointe triangulaire de 2 millimètres de côté.

Les aiguilles tranchantes servant à hacher, ou plutôt à hachurer, c'est-à-dire à couvrir de hachures incisées le tissu pathologique, exactement comme si, avec une plume à écrire, on voulait l'ombrer régulièrement à la manière des dessinateurs, on comprend aisément qu'il faille une certaine pratique pour arriver à exécuter très convenablement, à

une profondeur déterminée, et à intervalles égaux, ces petites incisions multiples sur une surface saignante. On a bien essayé, Balmanno Squire d'abord, et d'autres après lui, de faire des scarificateurs simples ou à lames multiples avec arrêt régulateur, mais ces instruments sont justement abandonnés précisément à cause de l'uniformité de cette limite, des résultats tout à fait insuffisants que l'on peut obtenir à leur aide.

A aucun titre ils ne peuvent exécuter ce que fait au contraire avec une grande perfection une main quelque peu exercée, armée d'une aiguille tranchante, maniée avec souplesse entre les doigts, exactement comme une plume à écrire.

Procédé opératoire. — Le procédé d'exécution, lui-même, est beaucoup plus aisé à démontrer pratiquement que théoriquement : Il consiste à hacher dans tous les sens, méthodiquement et régulièrement, l'îlot de peau lupique; plus les hachures seront rapprochées et faites régulièrement, plus on aura de chances, en couvrant la partie malade de hachures losangiques à la manière dont on ombre un dessin à la plume, d'atteindre exactement la superficie de toute la plaque. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille est déterminée par le degré de résistance rencontré, lequel, très faible pour le tissu pathologique, devient, au contraire, très appréciable pour les parties saines du derme *qu'il faut atteindre sans les dépasser*, et que l'on entend très distinctement crépiter sous la pointe de l'aiguille. *Il faut* atteindre les parties saines du derme pour être sûr d'avoir complètement dilacéré tout le tissu malade, condition absolue de succès ; *il ne faut pas* sectionner la peau en entier pour éviter les cicatrices fibreuses, indélébiles.

En cette opération comme dans toutes les autres, il faut comprendre d'abord, mais aussi voir agir, et avoir agi soi-même ; il n'est personne qui ne puisse acquérir assez rapidement en pratiquant le degré d'habileté indispensable; on devra s'attacher soigneusement, après avoir bien fixé et immobilisé sur un appui quelconque le bord externe et la paume de la main, comme on le fait pour écrire, à manier l'aiguille, comme une plume, *avec les doigts*, et non avec les mouvements étendus du bras et de l'épaule, auxquels se complaisent les débutants.

En observant attentivement la surface scarifiée, soit immédiatement après l'opération, soit pendant la réparation, on se rend aisément compte du procédé physiologique de la réparation. En effet, l'aiguille tranchante, convenablement menée, laisse intacts, au milieu du tissu pathologique, des sommets de papilles ou des vallons interpapillaires, conservant des rudiments de la couche génératrice de l'épiderme, véritables greffes épidermiques autochtones qui, débarrassées du tissu de granulation exubérant qui les enserrait, évoluent régulièrement et produisent des restaurations véritablement extraordinaires pour celui qui n'aurait pas pénétré leur mécanisme. *De là découle pour nous, dans l'application des scarifications linéaires, l'obligation de mener toujours l'aiguille perpendiculairement au tissu scarifié, et non obliquement, en fauchant ; la raison de ce précepte n'a pas besoin d'être plus longuement expliquée.*

Après un nombre de scarifications variable, la surface lupique est

devenue une nappe cicatricielle formant, à l'examen attentif, un réticulum dans les mailles profondes duquel sont enserrés des foyers lupiques incessamment repullulants et progressant. C'est là le moment physiologique de la scarification, l'éternelle repullulation des foyers lupiques, l'un des écueils de toutes les méthodes de traitement du lupus, mais des méthodes sanglantes en particulier. Aussi, comme on le faisait auparavant, après la rugination, à l'aide de divers caustiques, Brocq propose-t-il « dans les cas rebelles » de terminer la dilacération en cautérisant l'intérieur de la loge avec la pointe fine d'un crayon de nitrate d'argent. Nous conseillons de le faire *dans tous les cas*; de se servir pour cet objet de crayons de nitrate d'argent bien acérés, *solides*, mitigés, non fragiles, et de faire suivre cette cautérisation d'une seconde à l'aide de stylets de zinc métalliques introduits dans les foyers à la suite du nitrate d'argent. C'est notre pratique générale pour tous les foyers de tuberculose sans exception; chaque centre tuberculeux représente une gomme tuberculeuse proprement dite, et dans toutes les variétés le nitrate d'argent est un agent curatif de premier ordre; le curage ou la dilacération ne représentent ici que le moyen de mettre en contact le caustique directement avec le foyer à réduire, comme nous l'avons écrit en 1883, art. Gommes, *loc. sup. cit.*, p. 688.

Dans les gommes dermiques et hypodermiques, ouvertes spontanément ou artificiellement et de bonne heure (ce qui est loin d'être une pratique à rejeter), les cautérisations avec le *nitrate d'argent*, suivies de l'application du *zinc métallique*, constituent un excellent moyen, mais il le faut appliquer avec énergie et combattre, sans relâche, le bourgeonnement dans les points où le crayon peut pénétrer. Le nitrate d'argent est, ici, l'agent le plus spécialement efficace; nous nous servons de crayons assez solides pour être engagés dans les trajets et pour pénétrer par effraction dans les tissus ramollis. On peut, assurément, obtenir aussi de très bons résultats avec l'acupuncture ignée thermique ou électrique, mais toutes les fois où le nitrate d'argent est applicable, c'est le mode de cautérisation qui nous a paru préférable. »

La scarification peut s'exécuter le malade étant assis sur un siège ou étendu sur un lit: *à l'hôpital, et dans les policliniques*, la *table d'opération* nous paraît préférable, parce que la tête est naturellement soutenue, parce qu'il est beaucoup plus facile d'entourer le patient, et que des assistants plus nombreux peuvent suivre les détails de l'opération. Si l'on a devant soi un jour favorable, l'éclairage des parties à scarifier est parfaitement assuré, et l'ensemble de l'opération est généralement plus facile; nous n'avons jamais dit qu'on ne puisse pas parfaitement faire les scarifications le malade étant assis, cela est de la convenance de chacun.

Anesthésie locale. — La scarification linéaire est une opération médiocrement douloureuse quand elle est bien exécutée, avec de bonnes aiguilles; mais il y a de grandes variétés dans la sensibilité des sujets; les hommes se font remarquer par une pusillanimité très commune, les femmes et les jeunes enfants supportent moins mal l'opération; mais il faut, parfois, au moins pour la première séance, anesthésier la région

à l'aide de l'appareil de Richardson, ou des mélanges réfrigérants, ou bien faire une scarification courte et imparfaite ; une fois l'accoutumance établie, on suppléera à l'imperfection de la première intervention. Toujours assez difficile à la face, l'anesthésie localisée a pour inconvénient, en toute région, d'altérer la consistance et l'aspect des parties malades au moment où il est le plus nécessaire de les voir dans leur état réel ; d'autre part, la douleur est en réalité si tolérable ordinairement, que, comme l'a dit Vidal, on arrive bientôt à y renoncer d'un commun accord avec le malade.

Depuis l'appropriation du chlorure de méthyle à l'anesthésie localisée par Bailly (de Chambly), on arrive plus aisément à obtenir la congélation analgésiante, puisqu'il suffit de badigeonner la partie à analgésier avec un pinceau de charpie ordinaire imprégné de chlorure de méthyle, jusqu'à ce qu'elle soit blanchie et indurée, ou à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la même surface. Bailly a mis entre les mains du praticien un outillage peu coûteux : un très petit siphon contenant le chlorure de méthyle, et un manchon de verre tubulé servant de récipient conservateur, dont on pourrait encore avantageusement réduire les dimensions, et chacun peut aisément apprendre à le manier. Mais quel que soit le procédé de congélation que l'on emploie, les inconvénients restent considérables pour la scarification, encore que l'écoulement du sang empêché semble être une condition favorable : la consistance des tissus malades, qui était si précieuse pour *diriger* l'instrument, est devenu uniforme, et il faut agir *au jugé ;* le retour de la sensibilité et la décongélation sont si *rapides*, surtout avec le chlorure de méthyle, que l'on ne peut finir la scarification, si elle a quelque étendue, sans voir la sensibilité revenue. Enfin, cette congélation elle-même ne laisse pas que d'être pour quelques malades fort douloureuse, et chez les tout jeunes enfants elle n'empêche pas la scène de cris et d'agitation ; enfin, chez quelques sujets, elle détermine une dermite assez vive.

Le mieux assurément serait de pratiquer l'anesthésie locale par l'injection intradermique de cocaïne, mais si la surface a quelque étendue, ces injections doivent être opérées en plusieurs points, aux points cardinaux de la plaque pathologique ; leur mise en action réclame quelques précautions contre les *accidents cocaïniques*, un outillage antiseptique, un temps matériel assez considérable ; aussi, en fait, ne sont-elles généralement pas applicables, ou au moins appliquées, dans nos policliniques, où nous avons beaucoup plus de cas à opérer que ne le comporte le temps dont nous disposons, et le personnel restreint de nos assistants.

Quant à l'*anesthésie générale*, qui réaliserait le mieux pour l'opéré et pour l'opérateur, il est bien difficile de l'appliquer à une opération d'aussi petite chirurgie, qui doit être souvent renouvelée ; elle est inexécutable dans les policliniques, et ne peut être employée que dans des circonstances tout à fait particulières.

Hémostase. — La scarification linéaire donne lieu à un *écoulement sanguin en nappe* immédiatement assez abondant, mais qui cesse rapide-

ment par la *compression avec l'éponge* ou avec le coton hydrophile, préparé en fragments réguliers de dimensions variées.

Au moment de commencer la scarification, nous faisons mettre à notre portée un assez grand nombre de petits fragments de coton hydrophile. *Aussitôt une surface de quelques centimètres scarifiée, et avant qu'aucun écoulement de sang ait pu dépasser le petit morceau de coton hydrophile* que nous plaçons à côté de la plaque, l'opérateur, ou un aide, couvre la partie scarifiée avec un autre petit fragment de coton qu'il maintient ou que nous maintenons avec la main gauche, et ainsi de suite. De cette sorte, nos séances de scarification, même les plus étendues, se font *sans que les parties voisines soient atteintes par le sang ;* au bout de quelques instants de compression, tout écoulement a cessé, le fragment ou les fragments de coton peuvent être levés, et la surface scarifiée peut être examinée aisément à l'œil nu et à la loupe. Indépendamment de la netteté satisfaisante des scarifications ainsi pratiquées, nous trouvons encore, à procéder ainsi, cet avantage très appréciable chez des malades généralement anémiques, *de réduire aux plus petites proportions les déperditions sanguines.* Dans aucun cas, il n'est nécessaire d'avoir recours à un autre procédé d'hémostase.

La scarification terminée, nous abstergeons soigneusement, avec des carrés de coton hydrophile, la surface scarifiée ; puis le pansement se fait extemporanément sur toutes les surfaces planes avec de l'ouate, si la surface scarifiée est étendue, ou avec de l'emplâtre Vigo. Ainsi pansés, les malades vont au dehors sans aucun inconvénient, et sans précaution à prendre autrement que contre l'air froid, dans la mauvaise saison. Chez des sujets particulièrement sensibles, nous faisons un pansement simple approprié aux cas particuliers.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs, toujours fort simples, varient selon les cas et les sujets ; il n'est nul besoin d'une antisepsie savante ou compliquée ; il suffit de se servir d'eau bouillie, de coton hydrophile purifié, d'instruments et de linges propres, maniés avec des mains propres, pour n'avoir *jamais* d'accidents à redouter.

Le pansement immédiat que nous préférons est le coton hydrophile purifié, en couche assez épaisse et laissé en place jusqu'au lendemain. Pulvérisation de vapeur d'eau bouillie tiède. Après quarante-huit heures, pansement avec l'emplâtre de Vigo fin convenablement préparé, ou tout autre pansement approprié, s'il y a une plaie sécrétante et bourgeonnante, comme cela arrive quand la dilacération a été faite pour le lupus tuberculogommeux subaigu ou chronique ; en un mot, direction du processus de cicatrisation. Applications résolutives, cautérisations au nitrate d'argent suivi, s'il y a lieu, de l'application du crayon de zinc, etc., surveillance dans tous les cas, à cause des intolérances médicamenteuses idiosyncrasiques. Nous employons fréquemment les pulvérisations avec des solutions faibles de sublimé ou d'acide borique, de salicylate de soude, etc., mais, encore une fois, tout cela, surtout dans les cas où il y a une plaie opératoire à diriger, et sans règle systématique.

L'époque à laquelle doit, ou peut, être renouvelée la scarification, varie selon la durée du temps nécessaire à la cicatrisation ; celle-ci opérée, on

peut faire une nouvelle séance, et ainsi de suite, les opérations se répètent toutes les semaines, tous les quinze jours, toutes les trois semaines, ou tous les mois, selon les cas.

3° *Durée du traitement par les scarifications linéaires. Indications et contre-indications.* — Combien faut-il de séances de scarifications pour la guérison d'une plaque de lupus? Cela dépend de l'étendue de cette plaque, de la tolérance de l'opéré, et de la manière dont l'opération est exécutée.

Plus la scarification aura été soigneusement exécutée, minutieusement pratiquée, plus le tissu morbide aura été dilacéré dans tous les points à la profondeur convenable, plus le résultat sera rapide, et moins seront multipliées les séances nécessaires.

En toute circonstance, ce dont le médecin doit être bien informé, *et ce dont le malade doit être dûment averti*, c'est que, si le lupus est ancien, ou étendu, non seulement il faudra toute une série souvent illimitée de séances pour obtenir une belle cicatrice décolorée, lisse, souple, et égale de teinte, mais encore qu'il faudra, *dans les années suivantes* (peut-être dans les mois suivants), des séances de perfectionnement pour reprendre avec l'aiguille la destruction des foyers scrofulotuberculeux qui émergent, ou qui se reproduisent souvent avec une grande ténacité.

Sans tenir un compte suffisant de cette ténacité dans la repullulation des foyers lupiques de la profondeur à la surface, on a reproché à la scarification linéaire de ne mettre pas à l'abri des récidives; ce reproche peut être fait également à tous les procédés qui ne détruisent pas les parties saines en même temps que les parties altérées.

Ainsi que nous l'avons écrit dans l'édition précédente, et dans notre mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, cette méthode est certainement *la plus brillante* qui se soit produite jusqu'à présent: les résultats immédiats qu'elle donne sont très satisfaisants; son application est relativement facile et innocente à titre local; de plus, dans les formes congestives et hypertrophiques, elle amène des résultats qui dépassent toute attente. Cependant le reproche qui lui a été fait dès le début, d'être suivie presque indéfiniment de récidives sur place, et que l'on pouvait espérer éviter dans l'avenir, en perfectionnant le procédé opératoire, est, au contraire, devenu plus réel, à mesure que les années ont permis de contrôler les résultats.

D'autre part, il est également devenu manifeste que, dans beaucoup de cas, les séances de scarification nécessaires pour un cas donné, deviennent tellement nombreuses, que le patient et le médecin finissent par en être lassés; quelques-uns, *qui ont encore leur lupus*, ont subi quarante, soixante, cent scarifications, et même davantage.

Dans ces cas rebelles, qui ne sont pas très rares, on piétine littéralement sur place; c'est après les avoir constatés, que L. Brocq — 1886 — a proposé une transaction qu'il désigne sous le nom de « *méthode mixte* » et qui consiste, si l'on traite un lupus par les scarifications, à recourir aux cautérisations ignées dès que l'amélioration obtenue se ralentit, et si l'on traite un lupus par la cautérisation, à employer les scarifications quand la même éventualité se produit. Sur le premier chef, nous ne ferions aucune objection à une proposition absolument

logique et correcte, s'il nous semblait innocent de faire un grand nombre de fois la dilacération sanglante d'un lupus. Le second point n'est pas aussi simple; il est beaucoup plus rare de voir un lupus traité par les cautérisations ne pas céder; on est toujours, au moins, sûr de détruire les tubercules que l'on voit. S'il s'agit d'un lupus *irritable au feu*, qui non seulement ne progresse pas en bien, mais progresse en mal, nous acceptons, comme un pis-aller inévitable, la scarification, et nous n'hésitons pas à la conseiller. Voilà les points bien fixés, et il ne reste pas d'ambiguïté; nous y reviendrons cependant tout à l'heure.

Ce qui nous a fait abandonner la scarification et lui préférer la cautérisation ignée, c'est que il ne saurait être indifférent de dilacérer, *un grand nombre de fois*, à l'aiguille tranchante, une *tuberculose locale*, et que notre observation personnelle nous a prouvé la fréquence plus grande, ou l'échéance plus rapide, de l'infection ganglionnaire et viscérale, chez les sujets scarifiés, que chez ceux qui avaient été soumis aux cautérisations chimiques que nous pratiquions auparavant. A la vérité, des auteurs considérables, Vidal, Brocq, Aubert, déclarent n'avoir jamais vu d'infection tuberculeuse survenir chez les malades lupiques scarifiés *dans la pratique de la ville;* cela est très remarquable, mais il faut remarquer aussi qu'il s'agit de la *minorité* des sujets atteints de lupus; que nos collègues n'ont pas pu suivre *tous* leurs malades pendant *un grand nombre d'années.* En ce qui nous concerne, bien que ceux des lupiques scarifiés par nous dans la pratique civile, *et que nous pouvons encore à présent suivre*, soient *très peu nombreux*, il en est quelques-uns sur lesquels nous ne sommes pas aussi rassurés, bien qu'ils soient dans les conditions hygiéniques et sociales les meilleures.

Quant aux infections viscérales observées *chez les malades hospitalisés*, leur fréquence n'est pas contestée, mais elle est attribuée par nos savants collègues à l'infection de la tuberculose nosocomiale, ou bien elle serait aussi grande chez les sujets qui n'ont jamais été traités par les méthodes sanglantes. Telle n'est pas notre opinion; nous avons vu, sans aucun doute, plus de lupiques se tuberculiser rapidement pendant les années où nous avons pratiqué exclusivement la rugination ou la scarification, que dans celles, *beaucoup plus nombreuses*, où nous avons employé les caustiques chimiques, ou pratiqué la cautérisation ignée.

Tous les sujets atteints de lupus sont *exposés*, comme tous les sujets atteints de tuberculose locale quelconque, à une infection tuberculeuse, ce qui ne veut pas dire que cette éventualité se réalise toujours, tant s'en faut; mais nous pensons que le lupus ne fait pas exception parmi les tuberculoses locales. Si il est logique de redouter pour elles les opérations sanglantes, cela est surtout logique aussi pour le lupus, si l'on veut bien se rappeler que la dilacération des tissus par l'aiguille tranchante, dans la méthode des scarifications linéaires, doit nécessairement *se renouveler au cours du traitement et des années un grand nombre de fois*, car ce danger, même en le supposant minime, sera multiplié par la *répétition* même des opérations. C'est là le point capital de la question. Nous ne proscrivons pas, et nous pratiquons, à l'occasion, *une* scarification énergique dans un lupus congestif et irritable

au feu ; il n'y aurait pas à hésiter à scarifier largement et profondément un lupus aigu grave, qui ne bénéficierait pas de l'ignipuncture, et qui continuerait à détruire les tissus.

Mais nous ne pouvons nous décider à scarifier le lupus tuberculeux en acte, *un grand nombre de fois*, dans le seul but d'obtenir une cicatrice immédiate un peu meilleure, alors que nous avons en mains, ainsi que nous allons l'exposer, d'autres moyens de traitement aussi efficaces et non sanglants.

2° Procédés non sanglants. — Cautérisation ignée. Électrolyse.

A. Cautérisation ignée. — *La cautérisation ignée comprend :* 1° *la cautérisation massive ;* 2° *la cautérisation interstitielle et fragmentée, et la scarification caustique à l'aide du cautère thermique ou galvanique.*

1° *Cautérisation ignée massive.* — La destruction en masse du lupus par le cautère potentiel ne pourrait être justifiée que si elle mettait plus que les autres méthodes à l'abri de la récidive, ce qui n'est pas ; et si elle pouvait conserver, comme d'autres procédés, le maximum de tissus sains, ce qui n'est pas. Elle ne serait admissible, en principe, que sur le tronc ou sur certaines parties des membres, où elle pourrait avoir l'avantage de détruire définitivement, sans retour, un foyer de tuberculose locale, si on n'avait pas à sa disposition d'autres moyens aussi actifs et moins redoutables. Toutefois, notre exclusion de ce procédé n'est pas acceptée par tous les chirurgiens. — Voy. notre Mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, et P. Aubert, *loc. sup. cit.*

2° *Cautérisation galvanique ou thermique interstitielle et fragmentée, tatouage et scarifications électrocaustiques ou thermocaustiques.*

Cette méthode de traiter le lupus — qui a été systématisée et réglée par l'un de nous (E. Besnier) — afin d'obtenir plus de rapidité dans la cure, mais surtout pour éviter la perte du sang et ne pas favoriser l'infection générale à laquelle sont exposés tous les sujets atteints de tuberculose locale, n'est pas nouvelle.

La première application réglée de la galvanocaustique au lupus appartient à l'illustre Hebra — Voy. Neumann, *Wochenbl. d. Ges. d. Aerz. in Wien*, 1861, et *Jahresb. d. allgm. Krankenh*, 1866, p. 174 ; Hebra, *Traité des maladies de la peau*, Trad. française de Doyon, T. II, p. 483 — qui la signale comme une acquisition très précieuse de la thérapeutique du lupus en faisant cette restriction qu'elle n'est, en général, praticable qu'à l'hôpital, à cause des appareils et des aides qu'elle réclame. Les instruments appliqués par Hebra étaient : 1° une anse de fil de platine terminée en pointe et plongée (chauffée à blanc) dans chacun des tubercules de lupus ; 2° une tige de porcelaine conique, entourée de spirales de fil de platine pour la cautérisation des tubercules confluents ; 3° un morceau de fil de platine en forme de couteau pour abraser les tubercules de lupus hypertrophique ; 4° l'anse de fil pour

extirper les masses de ce même lupus, par exemple le lobule de l'oreille très hypertrophié et infiltré. NEUMANN — *Traité des maladies de la peau*, Trad. franç. de Darin, p. 457 — énumère les instruments déjà indiqués tout à l'heure; il ajoute que, dans la majorité des cas de lupus hypertrophique, tuberculeux, serpigineux, la galvanocaustique suffit, seule, à la guérison; qu'une application de cautère galvanique équivaut à environ vingt applications de nitrate d'argent.

En France, presque autant qu'à Vienne, tout cela restait lettre morte et impratiqué, lorsque dans un cas de lupus végétant très étendu, de la partie inférieure du visage chez une jeune femme, GUIBOUT employa le thermocautère pour la première fois — 1880. — Les masses principales de la néoplasie furent d'abord détruites au thermocautère largement, dans une première séance par PÉAN, puis, dans l'espace de trois mois, Guibout pratiqua un grand nombre de cautérisations ponctuées, pour atteindre ce qui ne l'avait pas été dans la première opération. La pièce du Musée de Saint-Louis 681 représente l'état de la malade avant le traitement, et la pièce 877, la malade guérie.

La vue du résultat obtenu, une cicatrice remarquablement lisse et souple, suffit pour effacer tous les scrupules que la crainte des cicatrices vicieuses nous avait jusqu'alors inspirées, et nous saisîmes avec empressement l'occasion de substituer la méthode des cautérisations à celles des scarifications sanglantes, pour les raisons que nous avons surabondamment indiquées plus haut.

Instruments. — L'outillage nécessaire pour le traitement du lupus par la cautérisation interstitielle est des plus simples ; le thermocautère ordinaire muni de pointes fines droites, ou mieux à courbure latérale à angle droit, ainsi que des couteaux de dimensions aussi petites que possible, et plats, peut remplir toutes les indications. L'industrie des fabricants, en divers pays, a déjà produit des réductions du thermocautère primitif, appropriées à ce traitement, et il serait facile de les améliorer encore. Le thermocautère est utile surtout dans la première période, dans les cas de lupus végétant, hypertrophique, *quand il y a beaucoup à détruire* et qu'on n'a pas à redouter le rayonnement thermique énergique ; mais dans des conditions plus délicates, et entre des mains un peu inexpérimentées, sur le visage surtout, l'action ignée dépasse la mesure, ne prépare pas les cicatrices aussi belles qu'on peut en obtenir, et les produit même, parfois, bridées, ou décidément vicieuses.

C'est pour obvier à ces inconvénients, et simplifier l'outillage que nous avons institué systématiquement l'emploi du galvanocautère, lequel peut être actionné par les sources d'électricité très diverses que l'on possède presque partout maintenant, et par des piles portatives très peu volumineuses. Un verrou interrupteur monté dans le manche de l'électrocautère, et un graduateur adapté à la pile, permettent de porter le cautère au degré thermique voulu, le plus habituellement au rouge sombre, pour éviter l'effusion du sang. Les cautères à employer sont ceux que nous avons fait construire dès l'origine par MATHIEU — le dessin détaillé en a été donné par nous dans notre mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, p. 406 et

407. On peut très aisément les varier et les fabriquer soi-même à sa guise, avec le fil de platine, ou en modifier la forme, la disposition, la direction, selon chaque cas particulier.

Le cautère essentiel est composé d'une anse de fil de platine formant aiguille, fine ou volumineuse selon l'épaisseur du fil et l'écartement des branches, et que l'on peut recourber dans toutes les directions pour la facilité de l'application. Le plus simple est de couder le fil à angle droit, à un centimètre de la pointe ; mais on peut aussi se servir des aiguilles sans les courber ; tous ces détails ont peu d'importance. Les aiguilles les plus fines servent à ponctionner les foyers tuberculeux miliaires, minuscules, ceux qu'on aperçoit en grand nombre au fond du réseau des cicatrices après les premières cautérisations ; les aiguilles plus grosses remplissent tous les besoins de la cautérisation en profondeur ou en nappe, en se servant de la pointe ou du plein de l'aiguille. Il suffit d'écarter l'un de l'autre les fils de platine pour augmenter le diamètre du cautère ; et en laissant l'aiguille un certain temps dans les tissus, ou en exécutant un mouvement de circumduction, on étend à volonté le rayon d'activité caustique. On le réduit, au contraire, au minimum, quand l'aiguille est de fil fin de platine, et ses deux branches accolées l'une à l'autre ; on peut alors pénétrer à travers une cicatrice, côtoyer les tissus sains, sans faire de destruction alentour de l'aiguille, ce qu'il est impossible d'éviter au même degré avec le thermocautère, dont le rayonnement est beaucoup plus considérable.

Nous avons fait construire, en outre, des aiguilles à pointes associées en nombre à volonté pour faire la cautérisation interstitielle en plusieurs points à la fois, dans les masses tuberculeuses molles au début du traitement — aiguilles à pointes multiples ; et des scarificateurs à lames multiples (de 2 à 10) en forme de râteaux ; enfin des boutons galvano-caustiques, et des couteaux aplatis pour satisfaire à toutes les indications de détail qui peuvent se présenter sur la peau, ou dans la cavité bucco-pharyngienne.

Procédé opératoire. — Toutes les fois où le lupus est de quelque étendue, et a son siège à la face, le malade doit être étendu horizontalement, la région à cautériser bien éclairée, et la tête fixée par un aide, quand on ne peut compter sur l'immobilité du patient ; très souvent on peut se contenter d'appuyer la main gauche sur la face, le point à traiter étant placé entre le pouce d'une part, et les autres doigts réunis de l'autre, ce qui permet, en même temps, de tendre convenablement la peau. Quand le lupus est de moindre importance, ou qu'il a son siège sur les membres, il est ordinairement préférable d'adopter aussi pour le patient la position horizontale, au moins dans les policliniques, mais on peut très facilement opérer, le malade étant assis en face de l'opérateur.

Que les cautérisations soient faites avec le thermocautère, ou avec l'électrocautère, il est essentiel que la pièce de platine ne soit portée qu'au rouge sombre, et jamais au rouge blanc, cela pour deux raisons : d'abord, afin d'éviter que l'opération ne devienne sanglante ; cette précaution est surtout essentielle dans les premières séances, quand on

attaque des surfaces fongueuses, très vasculaires, ou encore quand les sujets s'agitent, font des efforts, ou crient comme les jeunes enfants, et congestionnent vivement la peau; il faut alors surveiller attentivement la nuance de la pièce ignée, et aller avec plus de lenteur. Dans les régions pourvues de vaisseaux importants, comme les régions temporale, parotidienne, etc., cette précaution est de rigueur absolue; *il ne faut aucune négligence*. En second lieu, il est nécessaire que le cautère ne soit pas lumineux, pour que l'opérateur conserve la vision distincte.

Lorsque le lupus est peu étendu, tel qu'on l'observe souvent chez les très jeunes sujets, ou même à un âge plus avancé dans le lupus vulgaire du centre de la joue, ou dans les disques isolés du lupus érythémateux, on pratique avec une pointe fine de platine rougie une série de ponctuations séparées l'une de l'autre d'un millimètre environ, de manière à *tatouer* littéralement la petite plaque. Avec l'électrocautère en forme de fourche, de grille à plusieurs pointes, la même opération peut être exécutée plus rapidement encore.

Au niveau des parties lupiques, dans le lupus de Willan surtout, la pénétration du cautère est extrêmement facile, et la main sent parfaitement le moment où la résistance du tissu sain se produit. Dans tous les cas, la pénétration doit dépasser de 1 à 2 millimètres les dernières limites appréciables du lupus, et porter, par conséquent, sur les tissus sains dans toute la périphérie, pour *limiter* la lésion.

Le même procédé opératoire, à l'aide de la *pointe* unique, s'applique très heureusement à la destruction de ces nombreux foyers de lupus repullulants qui semblent défier tous les efforts. On les aperçoit également à travers les mailles du réseau cicatriciel dans la plupart des cas de lupus traités par tous les procédés, sans exception, qui n'entraînent pas la destruction directe et entière du néoplasme. Pour bien voir ces foyers, il faut augmenter la transparence de la couche cornée, en tendant la peau, et en humectant l'épiderme avec un corps gras. Lorsque ces foyers sont de petite dimension, la pointe de platine rougie suffit pour les détruire en une seule ponction; si leur largeur est un peu plus grande, on laisse le cautère en place en exerçant un léger mouvement de circumduction; si le lac lupique est plus considérable, on peut, ou prendre un cautère plus volumineux, ou faire autant de ponctions ignées que cela est nécessaire pour le détruire.

Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques comme celles qui occupent toute la face, et qui sont presque toujours, en même temps, partiellement ou généralement hypertrophiques, fibreuses (scléreuses), les ponctions profondes avec les aiguilles à pointes multiples, les scarifications linéaires, losangiques, faites avec le couteau thermique fin, ou avec les râteaux galvaniques à lames multiples, permettent d'abréger la durée de la séance. D'autre part, les cautérisations peuvent être faites par lots restreints; mesurées selon la tolérance du malade, et renouvelées plus ou moins fréquemment sur les parties voisines, quotidiennement si l'on veut, et plus habituellement à quelques jours d'intervalle.

Il est inutile de dire que les applications doivent être conformes aux conditions topographiques particulières des régions lupiques; sur les

paupières, les pointes les plus fines, menées avec ménagement; de même sur la conjonctive.

Sur les muqueuses buccale, palatine, pharyngée, la galvanocaustique trouve une application merveilleuse de simplicité, d'innocuité, voire même de remarquable indolence relative. C'est là où elle ne saurait, à aucun titre, être comparée à la rugination ni aux scarifications, même en ne tenant compte que des avantages immédiats et locaux. Il est aisé de comprendre combien il est préférable de se servir dans ces cavités de l'électrocautère que des procédés sanglants; il n'y a vraiment pas besoin d'en expliquer les raisons multipliées. En portant, un moment, l'aiguille au blanc lumineux, on peut se rendre compte nettement, dans le pharynx et dans la région palatine, des lésions à cautériser.

Dans le traitement du lupus qui a son siège au niveau des *fosses narines* et des *ailes du nez*, les pointes électrocaustiques, fines, sont particulièrement applicables, dans les premières séances, uniques ou associées. Dans les suivantes, de fines scarifications avec trois ou quatre lames de platine associées permettent de préparer une cicatrice lisse et régulière. Avec les instruments composés de lames ou de pointes associées, l'application doit être un peu plus lente et plus forte; le plus habituellement, une main moyennement exercée cautérise plutôt trop peu que trop; mais les séances devant, presque toujours, être renouvelées, il est préférable, si l'on n'est pas bien sûr de soi, de rester en deçà, que d'aller au delà du nécessaire.

Le *lupus du tronc, ou des membres*, peut et doit être traité avec plus d'activité et d'énergie; il n'y a pas les mêmes difficultés de restauration qu'à la face. Les pointes caustiques, moyennes ou fortes, les scarifications profondes avec le thermocautère ou avec les couteaux galvaniques à lames multiples, peuvent être appliquées sans difficulté. D'une manière générale, dans le lupus tuberculeux, les cautérisations en tatouage profond sont applicables d'abord, puis viennent les scarifications, et enfin l'aiguille unique détruit les derniers points qui peuvent avoir échappé.

Dans les formes *verruqueuses, papillomateuses, sèches, hyperkératosiques*, on peut gagner du temps en faisant d'abord une rugination à fond avec les curettes appropriées, — Voyez plus haut, p. 461 et suiv., — puis reprendre à l'aiguille galvanique les points douteux restés dans la cicatrice obtenue, faire des scarifications ignées avec les couteaux à lames multiples, et terminer par les scarifications sanglantes quadrillées, à la période de sclérose secondaire.

Dans tous les points et dans toutes les circonstances, la profondeur à laquelle on doit faire pénétrer les cautères varie selon l'épaisseur du néoplasme, son siège, l'épaisseur de la peau. La main apprend vite à mesurer la pénétration à la résistance éprouvée; sauf à la face ou dans le voisinage des petites articulations ou des tendons superficiels, invariablement, on fait la cautérisation plutôt trop superficielle que trop profonde. On ne doit pas oublier, en particulier, que la cautérisation d'un lupus n'a rien de commun avec l'application vulgaire des « pointes de feu »; les ponctuations ignées du lupus doivent être beaucoup plus

fines, plus profondes, elles se font lentement; la pointe ignée doit être éteinte dans le tissu pathologique.

Phénomènes cliniques; Anesthésie locale ou générale; Soins consécutifs. — La douleur produite par les cautères thermiques ou galvaniques est vive, mais très variable selon les sujets; la première vue des armatures en ignition, et la *première attaque*, impressionnent surtout le patient. Avec un peu d'artifice pratique, tout cela peut être très atténué, et la vue du cautère rougi peut être aisément dissimulée à l'aide du manche à verrou. Mais ce qu'il faut bien faire savoir, et annoncer au malade, c'est que la douleur cesse aussitôt l'aiguille retirée.

Dans beaucoup de cas, il est possible surtout quand les malades sont éclairés sur la réalité, de faire les cautérisations sans anesthésie générale ni locale; mais la pusillanimité est dominante chez les lupiques, et il faut très souvent avoir recours à l'anesthésie locale. L'anesthésie générale ne serait admissible que pour une première séance, dans un vaste lupus que l'on voudrait attaquer *d'emblée à fond*, comme le fait la chirurgie proprement dite pour les tuberculoses locales. Dans ce cas, on peut débuter par la rugination à fond, complète, suivie immédiatement après le sang étanché, de la cautérisation du fond de tous les foyers lupiques, ce qui ne peut, à peu près exclusivement, se faire que sur le tronc, ou le plein des membres.

Dans les cas ordinaires, la situation se présente de la même manière que nous l'avons montrée pour la scarification; le préférable serait l'anesthésie par injection cocaïnée ; mais dans la majorité des cas l'on est obligé d'avoir recours à la congélation locale ; la consistance du tissu malade est uniformisée ; on ne distingue plus que très incomplètement les points à cautériser; on fait de la mauvaise besogne, ou au moins imparfaite.

Le *pansement* immédiat varie suivant les cas. Dans les circonstances ordinaires, la cautérisation étant faite sans écoulement sanguin, les eschares sont sèches et les patients, venus chez le médecin ou à la policlinique, retournent chez eux, en toute saison, avec un duvet de coton hydrophile recouvert de baudruche gommée, de taffetas à volonté, ou d'emplâtre de Vigo.

Si le lupus traité est ulcéreux, ou sécrétant, à la suite des cautérisations précédentes, s'il y a un peu de sang écoulé, on fait d'abord l'étanchement, la toilette aseptique, puis le même pansement que précédemment avec une couche de ouate hydrophile proportionnée à la circonstance.

Durant les jours suivants, le jour, une couche légère de baudruche gommée, la nuit du coton hydrophile sec, ou imbibé d'une solution très légère d'acide borique, de sublimé, de salicylate de soude, ou un pansement sec, iodoformé, à l'aristol, au sous-nitrate de bismuth, ou avec une pommade appropriée. Le matin, une pulvérisation tiède de quelques minutes avec de l'eau bouillie, faiblement boriquée, salicylée, ou mercurielle.

Dans les jours qui suivent les cautérisations, les eschares, pour les cas les plus simples, sont sèches, exactement limitées aux points

d'application ; il ne survient aucune irritation appréciable, et au bout de peu de jours l'application d'un emplâtre quelconque, ou une pulvérisation, ou un cataplasme de fécule suffisent pour faire tomber les croûtes-eschares. Nous croyons utile de ne pas les laisser *s'imprimer* dans la surface de cicatrisation, où on les retrouverait sous forme de ponctuation. Souvent, au bout de peu de jours, nous les enlevons à la curette, et nous cautérisons le fond avec un crayon de nitrate d'argent mitigé pointu, pénétrant; puis la surface de cautérisation argentique est touchée avec un crayon de zinc métallique de forme et de calibre appropriés.

Quand on a pratiqué une cautérisation à fond, énergique, des surfaces lupiques bourgeonnantes, fibro-vasculaires, tuméfiées, ulcérées, l'eschare ne reste pas sèche ; rapidement la surface de cautérisation se recouvre, en partie ou en totalité, de ces croûtes jaunes, adhérentes, eczématiques ou impétiginiformes plates, se reproduisant sans cesse, que connaissent trop bien tous ceux qui ont traité le lupus par un procédé quelconque. Les pulvérisations, les pansements avec les pommades, les poudres, les gazes médicamenteuses, le coton hydrophile, etc., sont appliqués comme dans le traitement des plaies de tout ordre, variés selon l'état de la plaie, la tolérance particulière du sujet. Le bourgeonnement, souvent exubérant, est réprimé par les cautérisations au nitrate d'argent et au zinc, que l'on peut rendre moins douloureuses par des imbibitions locales préalables *prolongées*, de solution cocaïnée, et, suivant les cas, par une *compression* méthodique qui peut être très utile. Il faut, ici, agir en médecin; c'est à l'hôpital, et non dans le livre, que la direction de ces choses se peut vraiment apprendre.

Nombre des cautérisations. — Le nombre et la répétition des applications caustiques ne sauraient être fixés d'avance ; on peut les renouveler dès que la cicatrisation des cautérisations précédentes est opérée. Leur nombre est d'autant moins grand que l'on aura mieux exécuté les séances, ce qui dépend un peu de l'opérateur, et beaucoup de la patience et de la docilité du malade.

Il faut bien distinguer les cas, pour juger avec clarté. C'est la minorité infime des sujets atteints de lupus qui accepte une opération *radicale*, pour laquelle il faudrait être hospitalisé, ou arrêté dans la marche de l'existence. La pusillanimité aidant, ainsi que l'assuétude à l'égard d'une difformité ancienne, presque tous les malades préfèrent les procédés de douceur, quelque lents qu'ils puissent être, et dans chaque séance de cautérisation, beaucoup n'acceptent qu'une action fractionnée.

C'est dans ces conditions particulières de traitement insuffisant, *incomplet*, *imparfait*, *souvent irrégulier* (les malades ne revenant se faire cautériser que quand les tubercules jaunes redeviennent saillants), que l'on voit revenir indéfiniment les malades faire retoucher leurs cicatrices ; mais même dans ce cas, le nombre total des opérations reste certainement inférieur à celui des scarifications qui auraient été nécessaires pour le même cas. Ce nombre serait-il diminué si, comme le pratique Brocq, on alternait les scarifications et les cautérisations? c'est un point à examiner avec des faits, mais nous pensons que, avec des *cauté-*

risations BIEN FAITES, suffisamment régulières, on aurait bien rarement besoin de recourir aux scarifications, en dehors des cas que nous avons précisés.

Les *cicatrices* fournies par les cautérisations interstitielles du lupus varient, comme dans tous les autres procédés, selon diverses circonstances, les unes dont on ne dispose pas, la région anatomotopographique, l'idiosyncrasie du malade, l'état antérieur de la lésion, sa profondeur, les traitements déjà suivis, etc. ; les autres dépendant du procédé opératoire, ou de l'opérateur. Il y a là une question d'appréciation bien délicate. Nous avons montré des cicatrices parfaites obtenues par tous les procédés, anciens ou nouveaux, et des cicatrices médiocres ou mauvaises survenues à la suite des scarifications linéaires pratiquées par les mains les plus habiles. Assurément à égalité de lupus, de malade et d'opérateur, on peut obtenir plus sûrement des cicatrices *immédiates* parfaites avec les méthodes sanglantes qu'avec les procédés ignés ; il serait au moins étrange que nous, qui avons produit des exemples multipliés de ces belles cicatrices obtenues par la scarification linéaire, nous émettions un avis opposé. Mais nous pouvons affirmer que, même à la face, *même aux paupières*, on peut obtenir de très belles cicatrices avec l'électrocautère, et que, dans les cas où elles sont réticulées, radiées, ou même bridées (ce qui est la rare exception), le temps (une ou deux années), les emplâtres résolutifs, la scarification linéaire pratiquée alors sur des tissus sclérosés, et par conséquent innocente, les réparent le plus ordinairement de la manière la plus satisfaisante. Dans ces conditions, même au visage, le désir d'obtenir la plus belle cicatrice possible ne nous paraît pas être une raison suffisante pour indiquer les méthodes sanglantes, comme devant être systématiquement préférées.

L'*indication* des cautérisations interstitielles se présente dans la grande majorité des cas de lupus vulgaire déjà traités ou non encore traités.

Sur le *tronc* et sur *le plein des membres*, si la lésion n'a pas encore été traitée, on peut faire, dans une première séance, avec anesthésie générale, ou locale cocaïnique, avec ou sans rugination préalable, une cautérisation à fond des foyers lupiques, comme nous avons dit en traitant de la rugination, et reprendre ensuite, dans la cicatrice obtenue, les points repullulants, ou qui auraient échappé.

Sur le *visage*, la cautérisation interstitielle s'applique à tous les cas, à la condition de la pratiquer avec l'électrocautère, non le thermocautère, et à l'aide d'un outillage très simple mais approprié à la région : aiguilles fines, menées *avec mesure* jusqu'à la rencontre des tissus sains, et avec le projet d'obtenir la guérison dans un nombre de cautérisations variables selon l'étendue, l'ancienneté, et la profondeur du lupus, mais non dans une seule. Cependant, dans le lupus du centre de la face, ou du centre de la joue, dans tous les cas de lupus vulgaire traités aussitôt que le diagnostic est possible, la guérison complète, définitive, peut être obtenue en une séance — plusieurs faits de la pratique civile, où nous suivons les sujets depuis cinq, six années et plus, nous permettent d'être tout à fait affirmatifs sur ce point.

C'est encore à la destruction complète immédiate, dans les cas de *lupus multiple disséminé nodulaire* dont nous avons rapporté plus haut des exemples — voy. pp. 433, 434 — à l'aide de la galvanocaustique, que nous n'hésiterions pas à avoir recours. Avec patience, nous avons appliqué à plusieurs de ces cas le traitement interne et les emplâtres résorcinés créosotés forts, ou autres, et notre conviction sur ce point est établie.

La cautérisation galvanique, ou thermique, peut servir aussi utilement qu'aucune autre méthode à la destruction de toutes les formes de *tuberculose verruqueuse* de la peau ainsi que de *papillomatose lupique* secondaire. Nous ne trouvons pas illogique dans les formes intenses, anciennes, hyperkératosiques, de faire *précéder* la cautérisation d'une première rugination à fond, et nous n'hésitons jamais, quand la période de sclérose terminale reste seule, à employer les scarifications linéaires. Dans les *formes superficielles et légères*, nous pratiquons seulement le *tatouage galvanique ;* dans le *tubercule anatomique* en particulier, *à séances réitérées et non en masse*, et nous obtenons ainsi, avec un peu de patience, même sur le dos des articulations de la main, de très belles cicatrices lisses, souples, invisibles. Nous nous faisons un plaisir de rappeler, comme nous l'avons écrit dans notre Mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, p. 397, note 1, que notre savant ami, T. Barthélemy, traitait déjà le papillome des anatomistes par l'ignipuncture alors que nous le ruginions encore.

Dans le *lupus mixte, cutané et muqueux*, de l'*orifice buccal*, des *fosses narines et nasales*, la cautérisation ignée représente le moyen essentiel d'attaque et de répression, toutes les fois où les parties malades peuvent être *vues* par l'opérateur. C'est seulement comme adjuvant, succédané, à titre de pansement, ou sur les points qui ne sont pas en vue, que l'on peut ajouter ou préférer selon la proposition de Brocq, — *loc. cit.*, 1890, p. 507 — « le raclage combiné avec la cautérisation au perchlorure de fer, au nitrate d'argent, à l'acide lactique, les pansements soigneusement faits avec du naphtol camphré, l'huile de foie de morue, l'iodoforme, l'iodol, l'aristol ». Mais nous tenons à distinguer le *traitement* proprement dit, la cautérisation ignée toutes les fois où on le peut, et à ne pas établir de confusion avec les méthodes chimiques, ou avec les *pansements*, lesquels (cela est entendu) sont appropriés aux circonstances de la maladie et du malade. Nous recommandons, en outre, pour les cavités narinaires et nasales, d'oblitérer soigneusement au coton ou à la gaze médicamenteux les surfaces cautérisées, et d'en faire, chaque jour, le pansement approprié, lequel comprend surtout les cautérisations au nitrate d'argent (les meilleures), les attouchements avec l'acide lactique, les insufflations de poudres diverses, mais toujours avec pansement ouaté intra-cavitaire.

Pour le *lupus de la conjonctive*, nous avons pratiqué largement les cautérisations galvaniques sans aucun accident, à l'aide des aiguilles fines, et avec des séances réitérées ; nous n'avons pas rencontré de cas nécessitant la rugination ou les scarifications. La tolérance de la conjonctive pour le feu est extrême, les suites des plus simples ; des compresses d'eau bouillie, ou faiblement boriquée, sont le seul pansement auquel nous ayons habituellement recours.

Quant à la *muqueuse buccale*, *rétrolabiale*, *gingivale*, *palatine*, *et pharyngée*, sans contestation possible, la cautérisation galvanique s'applique à toutes les localisations lupiques qu'elles peuvent présenter. L'innocuité de ces applications est bien connue.

Les malades qui viennent, de temps à autre, faire cautériser les interminables *érosions* qui se produisent dans les cicatrices lupiques de la commissure ou de la cavité de la bouche, ne font grâce à l'opérateur d'aucune d'elles, et lui indiquent du doigt toutes celles qu'il peut avoir oubliées ; pour temporaire qu'il est, le bénéfice n'en est pas moins réel, et *apprécié*.

B. Électrolyse. — En principe, l'application de l'électrolyse au traitement du lupus est très séduisante, et les travaux publiés en Allemagne et en Amérique — Gartner, Lustgarten, Hardaway, etc., — sont pleins de promesses et très encourageants. Le document le plus récent sur la matière est dû à G.-T. Jackson (de New-York) — Electrolysis in the treatm. of Lupus vulgaris, *American dermat. Assoc.*, Fourteenth Ann. meeting h. at. Richfield Springs, September 1890. — L'auteur y déclare que, *dans le traitement du lupus vulgaire*, l'électrolyse donne des résultats aussi bons, sinon meilleurs que ceux que l'on obtient avec les méthodes employées jusqu'à présent; les applications sont assez peu douloureuses pour qu'on n'ait pas besoin d'avoir recours à l'anesthésie; il n'y a pas d'écoulement de sang; les suites immédiates sont assez légères pour que le patient n'ait pas à interrompre ses occupations habituelles; il est plus facile, en produisant moins de lésion de voisinage, d'atteindre les tubercules dans la profondeur du derme; enfin, les cicatrices sont lisses et unies. C'est donc une méthode à mettre, ou à remettre, parmi nous à l'étude, afin de déterminer si elle est vraiment préférable aux cautérisations ignées interstitielles, telles que nous les avons instituées, et, surtout, si le procédé d'application en peut être assez simplifié pour en faire une méthode pratique, devant être vulgarisée.

En terminant, nous répétons, comme au commencement de notre *appendice*, que, malgré les grands progrès accomplis, le traitement du lupus reste très imparfait dans beaucoup de cas. Même dans notre hôpital Saint-Louis, chacun peut voir encore des infirmiers et des employés des deux sexes, sur le visage desquels végètent des lupus *inextinguibles*, et dans les salles, ou aux policliniques, rencontrer des malades qui vont, de service en service, témoigner qu'aucune méthode, qu'aucun procédé, qu'aucune médication, ne sont sans défaillances, ni sans revers.

Enfin, conseil dernier : Le médecin qui veut *vraiment* apprendre à traiter le lupus, doit visiter assidûment *tous* les services d'hôpital où on le traite, non pas comme cela se fait trop souvent en passant, ou en venant *voir* seulement opérer, mais en interrogeant les malades, en recueillant leurs impressions et leurs souvenirs, et en ne jugeant jamais exclusivement par la parole du maître, ni par la phrase du livre.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(*Fin de l'appendice des traducteurs sur le diagnostic*, *le pronostic et le traitement de la tuberculose lupique.*

NEUVIÈME CLASSE

NÉOPLASIES MALIGNES

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

LÈPRE

Les termes de lepra Arabum, elephantiasis Græcorum, leprosy (angl.), spedalskhed (norv.), Aussatz (all.), lèpre, désignent une maladie envahissant tout l'organisme, à pronostic funeste ; de nos jours, elle ne se montre plus endémiquement que dans certaines contrées, mais pendant des siècles elle a régné comme un véritable fléau de l'humanité, et elle a atteint, du v[e] au xiv[e] siècle, mais surtout au temps des croisades, des milliers de sujets de tout âge, de toute profession, dans l'Europe centrale et sur les bords méditerranéens de l'Asie et de l'Afrique. En Allemagne, en Angleterre, en France, il s'est élevé au viii[e] siècle des milliers de léproseries pour les individus affectés de la lèpre, on édicta des lois pour leur défendre le mariage et les relations sociales, et, considérant le mal comme contagieux, on jugea nécessaire de les reléguer loin de toute société et sous la garde d'infirmiers volontaires (ordre de Saint-Lazare), dans des lazarets isolés (exponere, aussetzen, d'où « Aussatz », lèpre).

C'est seulement au début du xv[e] siècle que diminua le nombre des lépreux ; et à la fin du siècle, quand apparut une affection contagieuse réputée nouvelle, la syphilis, la lèpre sembla complètement éteinte. C'est ce qui a donné lieu à l'idée, encore en partie admise aujourd'hui (F.-A. Simon, etc.), que la syphilis procéderait de la lèpre. Il est certain que la notion de cette dernière maladie, notion déjà très répandue à cette époque, se perdit à peu près jusqu'à notre siècle. Ce n'était pas seulement le manque de malades qui empêchait le monde médical d'étudier la lèpre, devenue presque un mythe, mais surtout la confusion qui, aux siècles précédents, s'était introduite dans la nomenclature de la maladie.

Les Grecs, tant qu'ils ne connurent le mal que de réputation, l'avaient appelé φοινικὴ νόσος, σατυριάσις, λεοντιάσις, et plus tard ἐλεφαντιάσις. Chez les Arabes, on le désignait sous le nom d'aljudzam, que les traducteurs

arabes de l'école de Salerne (XI[e] siècle) rendirent par lèpre (lèpre des Arabes), dont ils admettaient quatre espèces : L. éléphantine, léonine, alopécie et tyria; de sorte que la lèpre des Arabes signifiait éléphantiasis des Grecs, lèpre; tandis que l'éléphantiasis des Arabes signifiait la pachydermie (*Lèpre*, de Willan, tome II, pag. 121); et que la lèpre des Grecs était au contraire le psoriasis (tome I[er], pag. 545). A côté de ces dénominations, chez les Grecs, le vitiligo (alphos, melas, leuke); chez les Arabes, albarras (blanche et noire) et morphée, paraissent avoir servi à désigner certaines formes spéciales de la lèpre; le dernier terme a été repris (par E. Wilson), pour indiquer une sorte de lèpre à évolution locale.

On commença à connaître la lèpre, moins à la suite des recherches historiques et littéraires qui furent entreprises sur la question (Hensler), qu'après les études faites directement sur la maladie et publiées par deux médecins scandinaves, Boeck à Christiania et Danielssen à Stockholm (1842 et 1848).

Depuis ce temps, Hebra, Virchow, Köbner, Bergmann, et un grand nombre d'auteurs des différentes régions où se montre la lèpre, ainsi que des pathologistes de l'Europe, et dont le mérite n'est pas moindre, bien que je ne cite pas leurs noms, ont fait paraître des mémoires précieux sur la pathologie et l'anatomie de cette affection. Il a été d'autant plus facile de s'orienter dans la question, qu'un grand nombre d'affections, considérées comme des maladies endémiques spéciales, le radesyge de Norvège; la falcadina, le scarliavo de l'Istrie; le siwwens d'Écosse, ne sont en majeure partie que l'expression commune de toutes sortes de maladies chroniques et incurables, notamment de la syphilis ulcéreuse et héréditaire, mais diffèrent complètement de la lèpre; quelques-unes, la krimskaja (ou maladie taurique) de la Crimée, n'y correspondent qu'à titre partiel.

Nous savons que la lèpre se présente aujourd'hui d'une façon endémique sur le littoral et dans les îles des mers Méditerranée, Noire et Caspienne, en Norvège, en Livonie, sur les côtes de l'Afrique et dans les îles avoisinantes; dans quelques pays de l'intérieur, en Asie mineure, en Syrie, en Palestine (sur le Liban); sur le littoral et dans les îles de la mer des Indes et de la mer de Chine, dans les îles de l'Archipel australien, dans quelques États de l'Amérique du Nord, dans l'Amérique centrale et l'Amérique méridionale, et surtout en Islande. Hirsch et Neisser ont décrit graphiquement la distribution géographique de la lèpre endémique (1). On trouve aussi sporadiquement, et sous une forme

---

(1) Voy. Henri Leloir, *Traité théorique et pratique de la Lèpre*, *in*-4° *avec Atlas*, *figures dans le texte*, etc., Paris, 1886, et The Map schowing

spéciale (forme maculeuse), la lèpre dans la partie sud-est du continent européen, dans la Moldavie, la Valachie, la Turquie, le sud de la Russie, et récemment Schwimmer en a signalé un cas en Hongrie, et Lang deux cas en Tyrol (1). Partout où elle se montre, elle revêt le même caractère et présente la même signification fâcheuse. Aussi a-t-on abandonné les diverses dénominations géographiques autrefois en usage, telles que rosa esturiensis, mal de Crimée, ou les désignations spéciales à certaines régions, telles que spedalskhed (Norvège), morphæa (Italie), malo mortuo, ngerengere, melaatscheid (Hollande); et l'on a

---

the distribution of Leprosy in the world, with the list of princip. leper Hosp., Asylums, etc. *Journal of the Leprosy investigation Committee*, London, 1890.

(1) Sur le nombre très considérable de documents que nous avons compulsés pour élucider la question de la « *lèpre sporadique* », nous n'avons pas rencontré une seule observation authentique, présentant les garanties histologiques ou bactériologiques que réclament les conditions actuelles de nos connaissances, ou qui satisfasse aux *exigences* que comporte une enquête relative à des faits *négatifs*. Examen fait, nous avons toujours trouvé la trace de *contacts*, médiats ou immédiats, avec des sujets lépreux, ou l'habitation dans un pays contenant, séculairement, des *foyers* de lèpre ; ou bien il s'agissait de cas ambigus de paralysies ou de mutilations des extrémités, dont on ne pouvait pas encore faire la différenciation ferme à l'époque où ils étaient observés, ou enfin de faits relatifs à des maladies encore imparfaitement classées, même aujourd'hui, telles par exemple que la sarcomatose lymphadénique, etc.

Il y a quinze ou seize ans, VIDAL avait cru trouver à Paris un cas de lèpre *nostras* (lèpre *nostras* tachetée, tuberculeuse et anesthésique) — *Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1875, p. 153. — Nous avons contesté ce fait — Voy. *Trad. franç.* de Kaposi, 1re édit., T. II, note 1, p. 371 — et l'auteur a déclaré lui-même qu'il s'agissait d'une variété de sarcomatose cutanée, non déterminée à cette époque. En 1880, nous avons observé, à Paris, un maçon, certainement lépreux (preuve bacillaire) — Voy. l'observ. plus loin, p. 509 — qui habitait à Boulogne-sur-Seine depuis un certain nombre d'années; mais il était originaire d'un pays dans lequel il existe en permanence des foyers de lèpre.

ED. LANG — *Ueber Lepra in Norwegen* (*Spedalsked*) *und ueber einen Fall von einheimischer Nervenlepra. Wiener mediz. Blätter*, 1885, nos 27, 28, 29; Anal. franç. p. Doyon, *in Annales de Dermatologie*, 2e série, T. VII, p. 281-II — a rapporté deux cas de « lèpre » d'origine inconnue, chez des sujets qui n'avaient jamais quitté l'Autriche. Il s'agit de ces faits ambigus qui se confondent, si étroitement dans leur objectivité, avec plusieurs trophonévroses telles que la sclérodactylie mutilante, la gangrène des extrémités, la syringomyélie, etc., qu'ils réclament une enquête contradictoire, qu'il n'y aurait pas lieu d'élever, par exemple, s'il s'agissait de la lèpre tégumentaire. Nul doute à cela. Le premier de ces malades est un berger des Alpes Tyroliennes; le second disait être

adopté et gardé le nom d'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre des Arabes, ou simplement lèpre (1).

La lèpre est une affection constitutionnelle (2) à marche chronique, qui détermine sur la peau (et les muqueuses) l'apparition de taches et changements de coloration jaunes, rouges ou brun foncé, des infiltrations superficielles, diffuses, tuberculeuses, aboutissant à la desquamation ou à l'ulcération, plus rarement des phlyctènes, ainsi que des hyperesthésies, des anesthésies, et toutes sortes de lésions viscérales. A part de rares exceptions, la lèpre conduit directement ou indirectement à la mort, par une cachexie propre.

Les divers symptômes que l'on a observés se montrent souvent tous à la fois chez le même individu; mais, en règle générale, ils apparais-

---

né en Bohême, mais on n'a pu tirer de lui aucun renseignement sur ses parents, si ce n'est qu'une de ses sœurs serait morte d'une maladie éruptive. Il faudrait d'autres faits. Ces remarques s'appliquent à quelques observations, plus ou moins analogues, recueillies à peu de distance des pays lépreux, chez des sujets dont *les contacts* ne peuvent être vérifiés.

Il est aisé de comprendre combien est souvent difficile l'enquête nécessaire pour retrouver les origines d'une maladie dont l'*incubation* est *illimitée*, dont la *période latente* est *indéfiniment prolongée*, dont le *début* remonte à une époque absolument *ignorée* du patient.

Lorsque, par exemple, un sujet, émigré d'un pays lépreux dans un pays non lépreux, séjourne sain, en apparence, dans ce dernier pays depuis un plus ou moins grand nombre d'années, il serait absolument impossible à un observateur non éclairé de comprendre l'origine réelle de sa maladie, et d'interpréter exactement le rôle que ce sujet a joué dans la création d'un foyer lépreux au lieu d'immigration. D'autre part, lorsqu'un sujet, né dans un pays non lépreux, a émigré dans un pays lépreux, et qu'il en est revenu sain en apparence, comme la maladie peut n'éclater chez lui qu'au bout d'un nombre d'années souvent considérable, il pourrait, faute d'une anamnèse suffisamment précise, être considéré comme présentant un cas de lèpre spontanée ou de lèpre *nostras*. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le terme de LÈPRE *sans qualificatif* est le seul qui doive être conservé; le nom d'éléphantiasis n'est plus applicable qu'à l'éléphantiasis *des Arabes*, lequel doit être, à présent, appelé ÉLÉPHANTIASIS, *sans qualificatif*. E. B. — A. D.

(2) La lèpre *n'est pas* une maladie « *constitutionnelle* »; les affections qui comportent *correctement* cette qualification sont celles qui ont leur *origine* dans la procréation, dans la *constitution* de la cellule originelle. Alors même qu'elle serait transmise *in utero*, la lèpre ne cesserait pas d'être ce qu'elle est, une *maladie bacillaire*, aussi *individualisée* et aussi *extrinsèque* que la tuberculose, avec laquelle elle a de nombreux points de contact, ou que la syphilis, qu'elle côtoie en un grand nombre de points. E. B. — A. D.

sent dans un certain ordre, avec une certaine suite, ce qui a permis de diviser la lèpre en plusieurs types, — qui appartiennent cependant toujours au même processus. Ainsi d'après Robinson, Bœck et Danielssen, il y aurait deux types: la lèpre tubéreuse et la lèpre anesthésique ; d'après Armauer Hansen, deux autres: la L. tubéreuse et la L. maculeuse.

D'après mon observation personnelle, j'ai pensé qu'il fallait distinguer trois formes de lèpre : 1° la forme noueuse ou tuberculeuse; 2° la forme tachetée ou maculeuse ; 3° la forme anesthésique (1).

La maladie, quel que soit le type qu'elle doive revêtir, est précédée de manifestations prodromiques qui ne diffèrent pas beaucoup de celles qui se rencontrent au début d'autres affections graves; abattement, anorexie, insomnie, dégoût, symptômes fébriles modérés, diarrhée, chez certaines personnes, bulles de pemphigus, en petit nombre, apparaissant une chaque jour, ou seulement quelques-unes en plusieurs jours.

Les phénomènes prodromiques, qui ne manquent complètement que dans des cas rares, peuvent durer des semaines, des mois et même plusieurs années, après quoi débutent les vrais symptômes de la lèpre. Toutefois, on ne peut pas, d'après les prodromes, préjuger le type que va revêtir l'affection, si elle prendra la forme tuberculeuse, maculeuse ou anesthésique.

---

(1) Il est bien entendu que ces *formes* ne représentent que des *aspects* d'une maladie toujours identique, et que, dans chacune d'elles, l'histologie permet de constater aisément une bactérie caractéristique, dont la découverte appartient à Armauer Hansen (de Bergen), et à Albert Neisser (de Breslau), et qu'il serait juste d'appeler Bacille de Hansen et de Neisser.

Dans le genre Lèpre, deux localisations anatomotopographiques fondamentales dominent — *le tégument*, *les nerfs*. Donc, deux *espèces* dans le *genre* — *lèpre tégumentaire*, *lèpre des nerfs;* puis, les deux espèces pouvant coexister ou se succéder, une troisième, composite — *lèpre composée ou mixte*, complète ou incomplète, primitive ou secondaire. Chacune des espèces comprend une ou plusieurs *formes cliniques* dans lesquelles on peut distinguer des *variétés* ethnographiques, locales, individuelles, etc. — *Lèpre tuberculeuse*, *noueuse*, *hypertrophique*, *maculeuse*, *anesthésique*, *atrophique*, *mutilante*, *lazarine*, etc., etc. Toutes ces formes et variétés peuvent être, à bon droit, dénommées spécialement, mais elles n'en doivent pas moins être laissées à leur place, et à leur rang hiérarchique, dans la nomenclature.

Dans son *Traité*, Leloir a accumulé les documents pour établir ces principes. Voici comment il les a formulés :

« La *lèpre* est une maladie parasitaire chronique. Elle est caractérisée par la production de néoplasies renfermant des bacilles, lesquelles se développent

1° La lèpre tuberculeuse (1), (*lepra tuberosa*), débute par la formation de taches arrondies ou irrégulières, de l'étendue de l'ongle, d'une pièce de 5 francs en argent ou de la paume de la main, d'abord rouges, pâlissant sous la pression du doigt, puis brun grisâtre, couleur sépia ou bronze. La peau y est lisse, luisante, comme recouverte d'une couche huileuse, ou bronzée et épaissie (infiltrée), plane ou un peu proéminente et douloureuse à la pression. Ces tâches sont répandues d'une façon irrégulière sur le tronc, les membres, le visage, les mains et les pieds, la paume des mains et la plante des pieds.

Pendant des semaines et des mois, on n'observe que ces taches et ces infiltrations superficielles; elles peuvent changer plusieurs fois de forme et d'étendue, devenir confluentes en certains points ou s'effacer en d'autres, ou, par la disparition de leur centre et l'extension de leurs bords, prendre une forme annulaire.

---

surtout au niveau du tégument (cutané et muqueux), au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et dans certains viscères. Elle amène presque toujours la mort.

« Lorsque ces néoplasies spécifiques (auxquelles je donne pour plus de facilité le nom de *lépromes*) se systématisent, on a des formes de lèpre auxquelles je propose de donner le nom de *lèpres systématisées*.

« Ainsi, lorsque les lépromes se localisent surtout dans le tégument (cutané et muqueux), les vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants, etc., on a la *forme tuberculeuse* ou *noueuse*, que l'on pourrait appeler *lèpre systématisée tégumentaire*.

« Lorsque les lépromes se localisent, surtout dans les nerfs, on a la *forme anesthésique* ou *trophoneurotique*, que l'on pourrait appeler *lèpre systématisée nerveuse*. (H. Leloir.)

« La systématisation étant rarement absolue, complète, il en résulte que les formes précédentes existent rarement à l'état pur, pendant toute la durée de leur évolution tout au moins. Leurs localisations, leurs lésions, et partant leurs symptômes, se combinent le plus souvent au bout d'un temps plus ou moins long. C'est ce qui constitue la *forme dite mixte*, dont l'existence suffit à elle seule pour montrer l'unité de la lèpre. Ces formes mixtes représentent le type complet de la lèpre. »

Pour nous, les « *formes* » de Leloir sont des *espèces;* chaque espèce comprend plusieurs *formes,* et chaque forme plusieurs *variétés.*

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) ZAMBACO — *Mém. sur la lèpre observée à Constantinople*, in-4°, Paris, 1887 — a proposé de remplacer la désignation de lèpre tuberculeuse par celle de *lèpre exsudative ou néoplasique*, parce que, très souvent, « en même temps que les tubercules, il y a de larges infiltrations cutanées. » Mais la dimension, la forme ou la disposition des infiltrations de la peau n'entraînent en aucune façon la nécessité d'un changement de dénomination. Par *tubercule*, on entend, au point de vue *anatomotopographique*, toutes les infiltrations du derme qui ont pour siège sa trame profonde, qu'elles soient nodulaires, en plaques, ou en nappes.

E. B. — A. D.

Après des mois, parfois même après deux à trois ans seulement, il se montre en divers points du corps des nodosités. Celles-ci ont la grosseur d'un grain de plomb, d'un pois, d'une fève, ou même d'une noisette ; elles sont planes ou hémisphériques, rouge brun sale, luisantes, leur consistance est rénitente ou molle, recouvertes d'un épiderme brillant, parfois en desquamation modérée, disséminées ou très confluentes par places, et formant alors des plaques irrégulières, inégalement bosselées, plus rarement des cercles réguliers.

Leur siège de prédilection est la face. Là, elles forment au-dessus des sourcils, et parallèlement à ceux-ci, des bourrelets disposés en séries très rapprochées les unes des autres, bosselées, recouvrant les yeux ; au nez ainsi qu'aux joues et au menton, elles se réunissent en amas épais, irréguliers, rappelant le lupus turgescent ou l'acné rosée (1). Les lèvres présentent un épaississement diffus, ou sont infiltrées de tubercules, elles sont bouffies, déjetées en dehors ; la lèvre inférieure est pendante, ce qui donne au visage une expression farouche, ou, au contraire, stupide. Les agglomérats de tubercules lépreux qui occupent le front sont parcourus par des sillons profonds, et resserrés vers la glabelle (2), ils donnent au regard une expression de morosité ou de stupeur. Les paupières sont souvent abaissées ou renversées par les tubercules ; les lobules des oreilles pendent sous forme de tumeurs épaisses, informes, d'aspect gélatineux, transparent (3).

Au tronc et aux extrémités, les nodosités présentent des disposi-

---

(1) L'*acné rosée hypertrophique*, dans toutes les régions, mais surtout *au front*, peut simuler des agglomérats de tubercules lépreux ; sous les n°s 1287 et 1296, nous avons déposé dans le Musée de Saint-Louis un type de chacune de ces lésions, moulé sur nature par Baretta ; l'identité morphologique y est telle, qu'il serait difficile de les distinguer l'un de l'autre aux seuls caractères objectifs — *acné léontiasique*, *lèpre léontiasique*.

La localisation *sourcilière* est habituelle, et tout à fait caractéristique, avec l'alopécie qui l'accompagne ; elle peut cependant faire défaut, les sourcils restant libres, alors que le front et le reste de la face sont criblés de tubercules ; les *paupières*, même au-dessous des agglomérats énormes, sauf dans les paroxysmes éruptifs où elles sont œdémateuses, restent indemmes. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Glabelle, de *glabella*, espace glabre intersourcilier. E. B. — A. D.

(3) L'*oreille lépreuse* est marquée non seulement par les nodosités de l'ourlet du pavillon, mais surtout par l'*infiltration massive* du lobule, lequel reste toujours libre même dans son hypertrophie la plus énorme, à l'inverse de l'oreille lupique qui est très souvent empâtée, et encastrée dans la surface lupique de la région sous-auriculaire.

E. B. — A. D.

tions diverses; en beaucoup de points, on les sent sous forme de tumeurs allant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. A la paume des mains et à la plante des pieds, nous avons trouvé une fois de nombreux petits tubercules, qui ressemblaient à s'y méprendre à ceux de la syphilis ou du lupus. Les mains et les pieds sont épaissis par des infiltrations planes et tuberculeuses, et par l'œdème qui les accompagne, et deviennent si douloureux, que la marche et le travail manuel sont rendus très difficiles (1).

Sur la conjonctive palpébrale et sur la cornée, il se forme de petites papules athéromateuses, des rétractions, — pannus charnu ou lépreux —, et la cornée s'ulcère consécutivement à l'ectropion ou à la lagophthalmie. Chez un malade de notre clinique, il se développa sur les deux globes oculaires des nodosités de la sclérotique et du corps ciliaire, et de là par progression une infiltration grise de la cornée qui amena la perte de la vue.

L'évolution de chaque tubercule est essentiellement lente, bien que leur développement puisse se faire d'une façon assez rapide ; c'est après plusieurs mois seulement qu'ils subissent des métamorphoses régressives. Beaucoup sont résorbés en totalité et laissent à leur place des dépressions atrophiques présentant une pigmentation foncée; d'autres disparaissent seulement dans leur partie centrale et, s'étendant à la périphérie, prennent la forme annulaire; d'autres, enfin, se désagrègent, probablement à la suite de causes mécaniques, coups, compression, surtout aux coudes, aux genoux, aux pieds, et donnent lieu aux ulcères lépreux. Ceux-ci sont superficiels, indolents, sécrètent une matière mal liée, se cicatrisent et se reproduisent à plusieurs reprises.

---

(1) Il y a une véritable *pachydermie lépreuse* :

Aux mains, les doigts livides, tous ayant acquis un volume énorme, en forme de boudins, présentent les ongles soulevés par des ulcérations saignantes — *onyxis* et *peri-onyxis lépreuse* — et restant attachés par l'insertion matriciale; sur leurs sommets, ulcérations profondes sordides, suintantes, à bords rouges inégaux; sur toute leur région dorsale, masse confluente de tubercules, comme macérés, pustuloïdes. Au-dessous de ces extrêmes de la *main lépreuse*, restent des variétés, parmi lesquelles la plus commune est la peau du dos de la main, mollasse, épaisse, à épiderme sénile, gris bronzé, maculeuse et tachetée aux points qui correspondent aux principaux foyers lépromateux — *œdème bronzé des lépreux*, à opposer à *l'œdème bleu des hystériques*, à l'*œdème cireux* des myxœdémateux, etc., etc.

Aux membres inférieurs, l'aspect est franchement éléphantiasique, et la combinaison des deux altérations est, comme pour la pachydermie de la syphilis, ou de la tuberculose lupique, une cause fréquente de confusion, surtout dans les pays à la fois éléphantiasiques et lépreux — *Éléphantiasis lépreux*. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Rarement ils pénètrent profondément, en connexion avec des nécroses en masses. Dans ces cas, notamment aux membres inférieurs, il se produit souvent des complications inflammatoires, de la lymphangite, de l'érysipèle, la suppuration et l'ouverture des articulations, surtout des articulations tibiotarsiennes et médiotarsiennes, ainsi que de celles des phalanges, des doigts et des orteils ; dans ces circonstances, quelques parties osseuses se détachent, des membres entiers tombent, et il se produit des mutilations de différente nature, — *lèpre mutilante*.

La membrane de Schneider, la conjonctive (ici nous vîmes une nodosité de la grosseur d'une noisette dans le cas de Breuer), mais surtout les muqueuses de la bouche, du pharynx, de l'épiglotte et du larynx, se recouvrent de nombreux tubercules; la langue s'épaissit et se crevasse, le goût pourtant est conservé; l'épiglotte se rétracte, la voix s'éteint (1) et l'haleine prend une odeur fade particulière. Tôt ou tard on observe de l'anesthésie sur différents points du corps.

Les manifestations morbides que nous venons d'indiquer se développent dans quelques cas avec fièvre et d'une façon aiguë, et arrivent en peu de mois à un degré qui, dans d'autres circonstances, n'a été atteint qu'après nombre d'années. Pendant la durée et l'augmentation persistante de la fièvre et des éruptions, des lésions viscérales s'ajoutent aux premières manifestations : symptômes cérébraux, diarrhée, pneumonie, pleurésie, et les malades succombent. Le plus souvent, toutefois, l'ensemble des symptômes énoncés suit une marche chronique, entrecoupée par des exacerbations aiguës, et surtout par des poussées fébriles, coïncidant avec une régression rapide de la plupart des nodosités ou avec l'apparition de nodosités nouvelles, ou encore avec la régression des anciennes, de telle sorte que les phénomènes fébriles présentent le caractère de processus métastatiques (2).

---

(1) Voix cassée — *voix lépreuse;* à mettre en note pour les *signes précoces* de la lèpre. E. B. — A. D.

(2) Dans la période pré-éruptive, un temps quelquefois fort long après le moment réel où la maladie a été contractée, surviennent des *accès de fièvre*, pris régulièrement pour des accès palustres si le sujet habite un pays à malaria, mais qui peuvent affecter des types divers. En même temps, et toujours sans qu'il se soit encore rien produit à la peau, pendant des semaines et des mois, on voit se produire des *malaises* plus ou moins longtemps incompris, des phénomènes généraux très variés, des *douleurs* mises sur le compte du « rhumatisme », etc., etc. — *période latente*, *période* de *germination lépreuse*.

Une fois la maladie dénoncée, particulièrement dans la *lèpre tégumentaire*, il est très fréquent d'observer des *paroxysmes fébriles*, légers, moyens, ou d'une extrême gravité, dont les modalités nombreuses varient avec les localités, les individus, la race, les auto-infections, les

L'état général est notablement altéré par ces complications; tandis que, pendant la période apyrétique, le physique et le moral se maintiennent à l'état normal, à moins que des affections locales de la peau, notamment des lésions inflammatoires, ne viennent le troubler. Toutefois, après huit à dix ans en moyenne, la mort arrive par suite de marasme ou par le fait d'une complication viscérale (poumons, plèvres, reins). Très souvent, c'est une éruption aiguë, fébrile, durant plusieurs semaines ou plusieurs mois, qui amène la terminaison fatale. Dans d'autres cas, il se produit des plaques d'anesthésie et des bulles de pemphigus (lèpre mixte); l'affection revêt alors le type de la lèpre anesthésique, et persiste ainsi jusqu'à la mort.

2° La lèpre maculeuse (*lepra maculosa*) est caractérisée par l'apparition, avec ou sans prodromes, de taches ayant l'aspect que nous avons déjà décrit, comme des colorations rouges ou présentant les différentes nuances du brun, luisantes, et s'accompagnant ou non d'infiltration; ou bien présentant une pigmentation foncée, punctiforme, rayée ou diffuse, mêlée à des points, à des taches, des raies blanches sans pigment; ce qui donne à la peau un aspect tacheté.

---

intoxications secondaires, etc. — *paludisme*, *race créole*, *race noire ou blanche*, etc., *tuberculose*, *syphilis*, *intolérance médicamenteuse*, etc., etc.

L'immigration des lépreux en Europe, en France, à Paris, très accrue depuis vingt ans, nous a permis d'étudier ces phénomènes remarquables chez des lépreux de tous les pays, et de constater qu'il n'est pas besoin du *pays lépreux* pour les produire, et les renouveler.

Dans la grande majorité des cas, ces paroxysmes *précèdent*, *ou accompagnent une manifestation tégumentaire*, une « *poussée* » : les lésions anciennes s'aggravent, et il s'en produit de nouvelles. En même temps, à titre isolé, ou comme complication des lésions tégumentaires, on voit évoluer des localisations viscérales, pulmonaire, rénale, etc., parfois éphémères, ne durant qu'une ou plusieurs semaines, dans d'autres cas, prenant le type continu, subcontinu, ou rémittent, et se prolongeant pendant des semaines et des mois, résistant à tout traitement, jetant le patient dans le désespoir, et pouvant avoir une issue funeste, même à une époque peu avancée de la maladie.

Dans les formes graves, un état typhoïde se manifeste; la température reste aux environs de 40 degrés centigrades, atteint, le soir, ou dépasse 41, et ne subit, au matin, qu'une rémission légère: l'action du sulfate de quinine est inégale, toujours insuffisante, s'il s'agit d'un accès lépreux véritable.

Quelquefois saisonniers, les paroxysmes apparaissent, dans d'autres cas, régulièrement, se renouvellent une ou plusieurs fois chaque année, ou à intervalles plus éloignés, laissant à leur suite des traces plus ou moins graves sur le tégument ou dans les viscères; puis le calme se rétablit; le malade renaît à l'espérance, et tout *semble* rentrer dans l'ordre. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Plusieurs auteurs (E. Wilson) distinguent, parmi toutes ces formes, une variété qu'ils désignent sous le nom de morphée (rouge, blanche, lardacée, atrophique, noire), dans laquelle existent des taches de diverses dimensions entourées d'un liséré rouge dont le centre est blanc, brillant et dur, comme lardacé, ou bien atrophique et pigmenté, enfin des formes du vitiligo qui se manifestent sous l'aspect de pigmentations sépia étendues.

La lèpre maculeuse se transforme souvent en tuberculeuse, et fréquemment aussi s'accompagne des symptômes de la lèpre anesthésique.

3° La lèpre anesthésique (*lepra anesthesica*) se reconnaît, comme son nom l'indique, à l'apparition de plaques d'anesthésie sur la peau. Celles-ci peuvent se montrer sur les points qui sont le siège de tubercules ou de taches; ou bien on voit survenir d'abord, avec ou sans autres manifestations de la lèpre, des bulles de pemphigus, — pemphigus lépreux, — qui, après leur guérison, laissent des surfaces blanches, luisantes, anesthésiées, ou après la chute de l'épiderme, des ulcérations superficielles ou profondes. Dans d'autres cas, l'anesthésie se montre sur des points de la peau qui semblent tout à fait normaux, et c'est seulement en explorant la sensibilité à la piqûre d'une épingle, qu'on arrive à découvrir ces régions. L'anesthésie est souvent précédée, pendant plusieurs mois, de rougeur et d'hyperesthésie. Parfois l'épiderme se ride au-dessus des points anesthésiés, ce qui donne l'apparence de la peau sénile et contraste avec les parties saines voisines, où la peau est tendue; en outre, une zone hyperhémiée et hyperesthésiée sépare souvent les parties lépreuses des régions saines.

Les points anesthésiés ne correspondent ni par le siège, ni par l'étendue, à la région innervée par un nerf cutané; ils sont disposés avec la plus grande irrégularité, et l'on trouve souvent, au milieu d'une surface anesthésiée, une tache irrégulière où la sensibilité est conservée. Dans les premiers temps, l'anesthésie est mobile, disparaît en un point, pour se présenter en un autre, et ce n'est que là où il est survenu, sur des parties auparavant rouges ou infiltrées, de l'atrophie (dépression), que l'anesthésie a persisté. L'anesthésie est alors complète ; on peut enfoncer une épingle jusqu'à la tête à travers la peau et les muscles sans éveiller la moindre sensibilité; fréquemment les malades se brûlent sans s'en apercevoir, ce qui n'empêche pas que les tissus profonds, fascias et os, ne soient très douloureux spontanément, à la suite d'un choc et d'un coup, ou d'une inflammation (1).

---

(1) L'*anesthésie*, l'*insensibilité à la piqure*, la *diminution ou la perte de la sensibilité à la température* élevée ou basse, la *perte de la conscience*

Souvent on trouve certains nerfs sous-cutanés, par exemple le nerf cubital entre l'olécrâne et le condyle interne de l'humérus, ou bien tout le plexus cervical, le nerf brachial, tuméfiés et très douloureux à la pression.

La muqueuse de la cavité buccale et du pharynx ne subit pas, dans cette forme, de modifications bien tranchées; toutefois les malades se plaignent souvent de sécheresse de la bouche et de soif vive. Avec l'étendue et l'intensité du mal, s'accroissent d'une part les hyperesthé-

---

musculaire dans les régions atrophiques, l'*abolition du sens du tact* dans les extrémités mutilées, etc., constituent les *phénomènes massifs*, les signes *indicateurs* ou *révélateurs* essentiels.

Si l'on ajoute à cela que les lésions lépreuses ne sont pas, toutes, uniformément anesthésiques pendant toute leur durée; qu'elles sont souvent hyperesthésiques pendant leur période de formation; que, sur des surfaces analgésiées, il peut exister de violentes *douleurs spontanées*, et même que certaines périodes de la lèpre des nerfs peuvent s'accompagner d'*hyperesthésie* et d'*hyperalgésie* quelquefois très cruelles, d'*hyperdermalgie préanalgésique*, on aura réuni les points essentiels suffisants.

Analysés avec compétence et sagacité, ces phénomènes dysesthésiques, dans leur irrégularité même, deviennent pour les cas difficiles d'excellents moyens de diagnostic et de différenciation; ils sont connus dès l'antiquité, mais ils sont surtout précisés depuis l'œuvre de Danielssen et de Bœck. L'enquête la plus récente à laquelle ils aient été soumis, a été faite par QUINQUAUD — Les troubles de la sensibilité chez les lépreux; leur étude à l'aide d'un esthésiomètre dynamométrique, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermatologie*, 1890, p. 118. — En voici le sommaire :

« L'instrument est un esthésiomètre dynamométrique construit par Verdin. Il se compose d'une règle plate, longue de 20 centimètres et divisée en centimètres, demi-centimètres et en millimètres; sur cette règle, sont placés deux petits appareils sphygmométriques semblables au sphygmomètre de Blocq, et qui glissent à frottement sur la règle divisée; une de leurs extrémités est munie de pointes en ivoire mousses ou pointues, que l'on peut remplacer par des disques métalliques munis de thermomètres spéciaux pour l'exploration de la sensibilité au froid ou à la chaleur.

Pour mesurer la sensibilité au contact, il suffit d'appliquer une pointe mousse sur la peau, d'exercer une pression de 5, de 10, de 20, de 200 grammes, jusqu'à ce que le sujet accuse la sensation du contact.

De même pour la sensibilité à la piqûre, à la douleur.

En étudiant de cette manière la sensibilité chez les lépreux, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Dans la lèpre tuberculeuse, dans la lèpre avec taches érythémateuses ou dans la lèpre mixte, les troubles sensitifs sont constants; je n'ai jamais rencontré un tubercule, une tache où la sensibilité fût normale; pour bien s'en rendre compte, il faut explorer la région similaire saine si c'est possible, ou une région saine voisine du point malade. Les troubles sont limités aux lésions, peu à peu ils s'étendent ou bien ils rétrocèdent sur les points qui guérissent en même temps que les bacilles disparaissent; la sensibilité suit

sies ; de l'autre, les altérations qui les accompagnent et l'atrophie des tissus. Il survient des fourmillements aux extrémités, de l'hyperesthésie de tous les troncs nerveux ; les malades ne peuvent pas rester assis ou couchés longtemps à la même place ; on est forcé de les faire manger, car ils ne peuvent saisir aucun objet, ni marcher, ni se tenir debout sans ressentir les douleurs les plus vives, et parfois des contractures cloniques. Après un temps assez long, ces symptômes d'hyperes-

---

souvent la même marche vers le retour à la normale ; parfois cependant l'anesthésie persiste.

La *sensibilité au contact, à la pression*, est diminuée au niveau de toutes les lésions élémentaires, mais à des degrés très variables : le malade sent le simple contact sans pression, ou bien il est nécessaire d'exercer une pression de 20, 40, 50, 60, 200 grammes pour que le résultat soit positif ; parfois même une pression supérieure n'est pas sentie ; la disparition de la sensibilité à un degré extrême est d'ordinaire circonscrite à une région étroite, de petite surface. On peut donc ainsi suivre, mesurer la *disparition graduelle et progressive de la sensibilité des parties superficielles aux parties profondes*.

La sensibilité à la piqûre est perçue tantôt par simple contact, tantôt il faut exercer une pression de 10, 20, 40, 100, 200 grammes pour qu'elle soit sentie ; les chiffres varient suivant les régions explorées ; ces changements sont très irréguliers, très inégaux et constituent un des caractères remarquables de ces troubles de la sensibilité. Parfois enfin, malgré une pression supérieure à 200 grammes, la sensation n'est pas perçue ; les zones ainsi anesthésiées sont toujours limitées et peu étendues.

Lorsque la sensibilité au contact et à la piqûre existent avec une pression de quelques grammes au niveau d'une lésion élémentaire, il est parfois difficile d'apprécier exactement si la sensibilité a subi une modification ; il faut alors recourir au procédé suivant : on exerce une pression ou une piqûre avec une pression de 5 grammes par exemple sur le point lésé ; on remet l'index en place et l'on exerce la même pression de 10 et de 30 grammes sur le point similaire sain ; le malade accuse une différence qui permet d'apprécier le trouble sensitif s'il existe.

La sensibilité au froid est conservée, mais affaiblie : dans certains points, le corps froid donne la sensation de contact, plus rarement la sensation de chaleur ; souvent la sensibilité à 0 degré est éteinte, alors que la sensation de chaleur à 50 degrés persiste encore ; d'autres fois, c'est l'inverse qui a lieu.

Ailleurs la sensibilité à une température de 4 degrés au-dessus de 0 degré est éteinte, alors qu'à 35 degrés au-dessous de 0, le malade éprouve la sensation de froid, ou une sensation de chaleur. Sur des points différents chez le même malade, on a donc une échelle très variée des divers degrés de troubles sensitifs.

De même, la *sensibilité à la chaleur* n'est perçue qu'à 40, 50, 60, 70 et 80 degrés, etc., cela varie avec le point observé. On peut dire qu'en général le caractère dominant tous ces troubles, c'est l'*inégalité*, l'*irrégularité* sur des points voisins les uns des autres et toujours en rapport avec des lésions qui peuvent être à peine appréciables à la vue.

Chez les lépreux, il n'est pas rare d'observer en un ou deux points de l'*anesthésie douloureuse* et des phénomènes de *dysesthésie*.

Il me paraît résulter de cette étude un fait important : c'est que l'*ensemble des troubles* sensitifs peut constituer un précieux auxiliaire pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, anormaux, atypiques. »

Ernest Besnier. — A. Doyon.

thésie s'amendent; ce n'est pas là toutefois un signe d'amélioration, mais un symptôme de l'anesthésie générale, qui s'étend à de plus grands départements nerveux. A l'anesthésie succède l'atrophie de la peau et des tissus sous-jacents, des muscles surtout, ce qui donne à la peau un aspect flétri, comme celle des vieillards. La physionomie offre une expression de décrépitude : expression d'inertie, de stupeur, par suite des rides qui font cesser tout jeu de la physionomie; la paralysie de l'orbiculaire des paupières entraîne la chute de la paupière inférieure, les larmes coulent sur les joues, il y a de la xérophthalmie; la lèvre inférieure devient pendante et laisse incessamment couler la salive. De plus, en raison de la différence d'action des divers groupes musculaires, dont les uns fonctionnent encore, tandis que les autres sont altérés ou paralysés, on observe diverses déformations à la face ou aux membres. Là, notamment aux mains, les fléchisseurs l'emportent sur les extenseurs, les doigts sont maintenus en demi-flexion, au contraire la paume de la main fait une saillie convexe, tandis que la face dorsale est excavée et paraît creusée à la place des muscles interosseux atrophiés. En même temps, les extrémités des doigts sont renflées en massue, les ongles amincis les recouvrent, et la main au niveau de l'articulation du poignet est fléchie en dedans. Les cheveux et les poils deviennent peu à peu secs, minces et tombent (alopécie lépreuse). Enfin il survient des ulcérations ; ou bien les tissus amincis sont détruits par une inflammation latente, et, par suite de la disparition progressive de la peau, les aponévroses, les tendons, les articulations elles-mêmes, sont mis à nu. Un doigt, une phalange, toute une main ou un pied peuvent alors tomber spontanément, — lèpre mutilante. Çà et là, on observe aussi la gangrène momifiante ou la gangrène humide. On ne peut expliquer cette disparition des tissus que par des altérations des nerfs trophiques, — bien que l'existence de ceux-ci n'ait pas encore été démontrée anatomiquement; on trouve en effet les mêmes altérations trophiques dans des points où il ne peut pas être question de tension, de compression, comme au-dessus des articulations : perforation de la cloison du nez, iridocyclite, décoloration de l'iris par exemple.

Quant aux fonctions génésiques, quelques auteurs ont pensé qu'elles étaient, chez les lépreux, considérablement accrues (satyriasis) ; il n'en est rien ; elles ne sont toutefois pas toujours suspendues, alors même que le tégument des parties génitales est déjà anesthésié.

En même temps que progressent les phénomènes de paralysie dans la sphère des nerfs sensitifs, et l'atrophie des tissus, on observe une diminution dans la production de chaleur animale, une parésie de l'activité cardiaque, avec ralentissement du pouls, et une dépression des facultés intellectuelles. Les malades, dans un état de stupeur pro-

fonde, sont assis ou couchés pendant des jours entiers sans s'occuper de ce qui se passe autour d'eux ; on est obligé de les faire manger, de les coucher, de les porter. Peu à peu les autres fonctions, les sécrétions et les excrétions, s'altèrent à leur tour. La mort survient dans le marasme, après un accès de tétanos, ou à la suite d'une complication, telle que diarrhée, pneumonie, pleurésie, maladie de Bright, pyémie, etc.

La lèpre anesthésique et mutilante est la forme qui tend à terminer la maladie, dans les cas même où elle aurait revêtu, au début, la forme tubéreuse ou maculeuse (A. Hansen), pourvu que les malades arrivent à vivre jusque-là. Tandis, en effet, que la forme tuberculeuse peut se terminer par la mort au bout de huit à dix ans, sous l'influence d'une exacerbation aiguë, la forme anesthésique n'aboutit à une terminaison fatale qu'après dix-huit à dix-neuf ans en moyenne.

Parmi les complications intéressantes que l'on observe sur la peau, et qui peuvent altérer le tableau symptomatique de la lèpre, il faut citer : le favus, l'eczéma généralisé, la syphilis, le molluscum fibreux, l'éléphantiasis des Arabes, mais surtout la gale, dans la forme du moins que nous étudierons sous le nom de gale norvégienne ou de Boeck. Dans cette variété, en effet, en raison de la présence des acares pendant de longues années, souvent quarante à cinquante ans, on observe des dépôts calleux, épais de 1 à 2 millimètres ; les acares n'habitent plus des sillons couverts, mais comme dans la gale des troupeaux, se logent, en raison de leur grand nombre, dans des cavités creusées irrégulièrement dans l'épiderme et les ongles, et on trouve en quantité énorme leurs œufs, leurs larves et leur débris dans des callosités épidermiques, sèches et sordides et entre les lamelles des feuillets unguéaux.

Le pronostic de la lèpre, dans toutes ses formes, est toujours très grave, car dans tous les cas, et quelle que soit la variété que la maladie ait revêtue au début, elle amène la mort après un délai de quelques années, soit par suite de marasme de nature trophique ou nerveuse, soit par quelque complication intercurrente. A. Hansen pense cependant que dans quelques cas la maladie s'arrête à un certain degré, et peut alors être considérée comme guérie. Cette remarque s'applique aussi aux formes qui sont comme un reste de l'ancienne lèpre épidémique, et que l'on observe sous l'aspect de morphée circonscrite dans des pays actuellement exempts de la lèpre. Ces formes toutes locales peuvent guérir spontanément, et alors même qu'elles persistent, elles n'arrivent jamais à infecter l'organisme tout entier (1).

---

(1) Dès la *première édition* de cette *traduction*, T. II, note 2, p. 304, nous avons pris soin de déclarer que nous n'admettions pas de *lèpre*

Quant au diagnostic de cette affection à formes si variées, il ne présente, même pour le médecin peu expérimenté, de difficultés sérieuses que lorsque la lésion n'est pas encore étendue ; un cas type de lèpre tuberculeuse a un aspect si caractéristique, qu'il ne laisse aucun doute pour le diagnostic. Au début des formes maculeuse et tuberculeuse, on peut confondre la lèpre avec la syphilis, en raison de l'analogie des affections de la peau communes aux deux maladies : notamment quand une nodosité lépreuse existe par hasard sur le prépuce, laquelle peut en imposer pour une sclérose chancreuse. Mais une fois que les taches brunes se sont étendues jusqu'à avoir la dimension de la paume de la main ou même davantage, ce qui n'a jamais lieu dans la syphilis, et surtout quand on constate, au bout de peu de semaines, l'inefficacité complète du traitement antisyphilitique, le diagnostic ne laisse plus de doute.

La lèpre tuberculeuse qui se présente à la face sous forme de nodosités peut être prise pour de l'acné rosée, comme celle qui a son siège dans la même région et sur d'autres parties du corps peut être confondue avec le lupus et le sarcome pigmentaire, multiple, idiopathique (Kaposi).

La forme maculeuse doit être différenciée des anomalies pigmentaires d'autre nature, surtout du vitiligo. La forme anesthésique de la lèpre est la plus facile à diagnostiquer.

En général, pour le diagnostic de la lèpre, il faudra prendre en grande considération le lieu de résidence antérieure du malade ; s'il est originaire d'un pays où la lèpre est endémique, ou s'il y a longtemps habité, son affection sera probablement la lèpre, si toutefois elle en présente les symptômes ; au contraire, on acceptera à peine la possibilité de la lèpre chez des personnes qui n'ont jamais séjourné dans ces contrées (1).

---

localisée ni *partielle ;* ces formes « toutes locales » qui « peuvent guérir spontanément, et alors même qu'elles persistent, n'arrivent jamais à infecter l'organisme tout entier » *ne sont pas* des cas de lèpre; elles appartiennent à la sclérodermie, à la syringomyélie, etc., à la syphilis mutilante, etc.; il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'en faire la démonstration. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le *diagnostic clinique* de la lèpre est difficile pour tous les médecins qui n'ont jamais vu de lépreux, ou qui n'en ont pas examiné les types principaux dans les musées ou dans les atlas.

Il est cependant aujourd'hui beaucoup plus nécessaire que précédemment, de *penser à la lèpre*, en raison de l'accroissement de la maladie en beaucoup de pays, et à cause du nombre toujours plus grand de lépreux qui arrivent en Europe des pays lépreux, qui en reviennent contaminés, ou qui en présentent les premiers signes plus ou

Suite de la note des Traducteurs.

moins longtemps, parfois quelques années seulement, après le retour.

Or, dans les cas de *lèpre constituée*, les médecins qui examineront le malade avec soin, qui se rendront compte de son *origine*, de sa *provenance*, de son *séjour en pays exotique*, et qui penseront à explorer la *sensibilité cutanée*, pourront toujours au moins suspecter la nature de la maladie, et en réalité en faire aisément le diognostic.

Mais il n'en est plus de même dans les *périodes initiales*, au milieu des *paroxysmes fébriles* du début ou du cours; et, dans plusieurs de ses espèces ou variétés, la lèpre offre au diagnostic des difficultés extrêmes, même pour les hommes les plus compétents.

Variée à l'infini dans la série illimitée de ses espèces, de ses formes, de ses variétés, encombrée dans sa symptomatologie de phénomènes mobiles, contradictoires, à double face, la lèpre défie toute tentative de description didactique générale et complète, qui ne soit un schème ou un tableau composite.

Dans les premières périodes, l'irrégularité, ou plutôt la multiformité extrême des accidents dits prodromiques parce qu'ils existent avant les altérations typiques, leur banalité propre, sont à ce point accentués, qu'en dehors des pays à lèpre, ou sur des sujets chez qui l'on n'est pas amené à suspecter l'existence de la lèpre, ils sont, en fait, dépourvus de valeur, ou n'ont qu'une valeur toute contingente.

Si des descriptions générales on passe aux symptômes en particulier, on rencontre les mêmes difficultés; jamais aucun d'eux n'est, à lui seul, pathognomonique ; et la série peut rester ambiguë presque indéfiniment. Quelques cas en particulier avortent, restent frustes — *lèpre fruste*, *lèpre abortive;* nous en avons relevé dans nos propres observations plusieurs qui auraient inévitablement été méconnus, ou qui auraient échappé à l'attention d'un médecin non dermatologiste et non préparé à l'étude de ces questions.

Aux îles Sandwich, on envoie des divers points du royaume hawaïen, pour y être examinés à l'hôpital d'Honolulu, *tous* les habitants suspectés d'être lépreux, lesquels, d'après le résultat de l'examen des officiers de santé du gouvernement, doivent être déclarés « *lépreux* », « *non lépreux* », ou « *suspects* ». Assistant à ces examens pendant son séjour aux îles, Prince A. Morrow — The diagn. of. Lep. especially the differ. of the anasthet. form from Syringomyelia, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1890, p. 1 — a été vivement impressionné par le grand nombre de sujets déclarés « suspects », chez lesquels, par conséquent, les médecins chargés de l'examen, bien que d'une grande et indiscutable compétence, n'étaient pas en mesure de déclarer absolument si le sujet était, ou n'était pas, lépreux.

Dans ces conditions, on comprendra aisément que la lèpre ne soit pas une maladie dont le médecin, fût-il le plus instruit et le plus sagace au titre général, puisse établir constamment et sûrement le diagnostic, s'il n'a pas fait de cette maladie une étude sur nature, et même s'il n'a pas une compétence réelle en dermatologie, et si il n'est pas au courant des plus récentes acquisitions de la neuropathologie.

Ce ne serait pas, croyons-nous, rendre service au lecteur que de lui

Suite de la note des Traducteurs.

tracer sous forme de tableau, et par le procédé suranné des oppositions de symptômes, le *diagnostic différentiel* de la lèpre. Cela pourrait, à la rigueur, être acceptable en comparant des affections également simples; mais tel n'est pas le cas pour la plus extraordinairement compliquée des maladies. Ce qui est indispensable aux médecins de la pratique générale, c'est d'être *prévenus* du genre de difficulté qu'ils sont exposés à rencontrer, et c'est plutôt l'*esprit* que la lettre de ce diagnostic qu'il faut donner dans un livre d'éléments, et de pratique. Si l'on veut bien nous suivre dans l'exposé rapide que nous allons tracer; on aura, pensons-nous, une notion générale suffisante du problème à résoudre.

Sémiologie et diagnostic des lésions tégumentaires de la lèpre (Léprides).

A. — *Léprides multiformes : a.*) L. *érythémateuses*, L. *maculeuses : b.*) L. *érythématomaculeuses, dyschromiques* (*maculeuses*), *hyperchromiques* (*pigmentaires*), *achromiques*. B. — *Léprides bulleuses, nécrosiques* (*pemphigus lépreux des auteurs*) *: a.*) L. *bulleuses précoces ; b.*) L. *nécrosiques multiformes, érythémateuses, bulleuses, gangréneuses, ulcéreuses, etc.*, (*érythème polymorphe lépreux bulleux et escharotique de* Leloir), *de la variété de lèpre dite lazarine*. C. — *Léprides tuberculeuses dermiques* (*tubercules dermiques*), *Lépromes cutanés : a.*) *Taches tuberculeuses ; léprides nodulaires* (*tub. lépreux proprement dits*)*; b. Lépromes dermiques profonds et L. hyperdromiques*. D. — *Léprides déformantes et mutilantes.*

Les lésions tégumentaires de la lèpre étant, en très grande majorité, *lépreuses*, lépromateuses, c'est-à-dire produites directement par la présence réelle de l'élément lépreux, au même titre que les lésions syphilitiques du tégument, les syphilides, sont syphilitiques, nous les désignons, à titre général, sous le nom de *léprides*. Ce terme n'est ni plus ni moins rigoureusement construit que ceux de *syphilides*, *arthritides*, *scrofulides*, etc. Bazin s'était servi du mot de *léproïdes*, terme applicable seulement aux lésions qui *simulent* la lèpre.

Le mot de *tsarathides* — *héb.* Tsarath, lèpre — proposé par Argilagos, *Thèse de Paris*, 1860, ne peut servir qu'à enrichir la synonymie.

A. *Léprides multiformes.*

Pendant tout le cours de la maladie, et même pendant la *période germinative*, laquelle peut durer des mois et des années, il apparaît sur la peau, avec ou sans paroxysmes fébriles, *une infinité de lésions*, dont quelques-unes caractéristiques, et les autres aussi banales et aussi frustes que celles qui parfois, durant une longue série d'années, préludent à la *sarcomatose fongoïde*. Hors des pays lépreux, ou chez des sujets qui n'ont pas été aux pays de la lèpre, ces lésions n'ont pas de signification; mais dans les foyers, et chez tous les sujets qui ont séjourné dans ces foyers, qui, en quelque lieu que ce soit, ont vécu inti-

Suite de la note des Traducteurs.

mement avec des lépreux, ou qui ont pris contact direct et prolongé avec des objets provenant de lépreux (vêtements, literie, etc.), il faut les noter avec soin, faire l'examen de la sensibilité à leur niveau, au besoin, l'examen biopsique. Aussi, comme règle générale, dans les cas d'éruption *insolite*, douteuse, il est sage de s'enquérir des questions de séjour, de voyages, etc., de rapport avec les malades, etc., que peuvent avoir eu les sujets qui en sont atteints.

a.) *Léprides érythémateuses et maculeuses.* — Ce sont tantôt des *érythèmes simples*, très variés, les uns apyrétiques, les autres fébriles; le *type roséolique* n'est pas rare — *roséole lépreuse* (voy. un très bel exemple dans l'Atlas de Danielssen et Bœck) simulant d'autant mieux la roséole syphilitique qu'elle est *rapidement* maculeuse, et très rarement squameuse, mais ne ménageant pas le visage. Dans les formes fébriles, ces érythèmes lépreux peuvent simuler d'autres *érythèmes*, d'autres *roséoles*, et même la *rougeole :* nous avons vu, à Paris, une jeune fille, venue pour faire ses études en France d'une de nos colonies où existe la lèpre, et arrivée en apparence absolument saine, présenter, *à la seconde année de son séjour*, une éruption fébrile que le médecin appelé déclara être une rougeole; c'était le début fébrile, érythémato-maculeux, auquels succéda la première manifestation des tubercules.

D'autres fois l'érythème est *lisse*, *diffus*, — *érythème simple* ou en *plaques*, avec saillie très modérée, en *bandes*, *en traînées*, etc.

Enfin, l'érythème lépreux peut être *nodulaire* — *érythème noueux de la lèpre* — Voy. T. Ier, *Appendice des Traducteurs*, p. 389; Lutz, *loc. cit.*, et plus loin, p. 512, aux *léprides tuberculeuses.*

b.) *Léprides érythématomaculeuses* (*dyschromiques*, *maculeuses*), *hyperchromiques* (*pigmentaires*), *achromiques.* — Dès les premiers moments de la germination lépreuse, sur le tronc et sur les membres, discrètes, uniques, ou multiples, des *taches hyperhémiques* se produisent le plus souvent d'une manière tout à fait *latente; très rapidement*, elles perdent le caractère angioparétique, pour devenir *pigmentaires*, lisses ou pityriasiques, discoïdes, vagues, circinées, etc. Leur existence est communément ignorée des patients : il faut les rechercher avec soin sur tout le corps — *macules lépreuses*, *léprides maculeuses.*

Quand on peut les suivre dans leur *évolution*, on voit les taches, *roses* d'abord, *devenir* maculeuses *autour* des disques rosés; quand le centre a pâli, l'anneau est presque toujours déjà maculeux. Dans quelques variétés, le centre de la tache hyperhémique devient *très rapidement anémique*, *achromique*, anesthésique; c'est à peine si, sur la limite *interne* de l'anneau hyperhémique ainsi formé par progression excentrique, on aperçoit un fin liséré maculeux. En dehors de ce liséré, court la ligne rosée, souvent squamulaire, à contours finement géographiques, qui borde les *grands anneaux* lépreux, simples ou polycycliques, à grands festons inégaux quand ils sont formés de la juxtaposition et de la confusion de plusieurs anneaux arrivés au contact. Exception-

Suite de la note des Traducteurs.

nellement, un disque pigmenté est inclus au centre de l'anneau hyperchromique comme dans l'exemple que nous avons fait mouler sur nature pour le Musée de Saint-Louis, pièce 626, et qui a été reproduit par Leloir dans l'Atlas de son Traité, *loc. cit.*

Les anneaux lépreux, comme les anneaux syphilitiques et lupiques, peuvent acquérir de *grandes dimensions;* occuper une surface étendue du tronc, toute une région ou tout un membre; leurs bords, roses, livides, pigmentés dans toutes les nuances, sont souvent infiltrés, *épais*, *saillants* de un à quelques millimètres, et véritablement lépromateux au sens complet du mot.

La dyschromatose lépreuse peut affecter, on l'a vu, toutes les formes connues, être hyperchromique, achromo-hyperchromique, constituant des taches vitiligoïdes; elle peut même être *achromateuse d'emblée.* Nous ne parlons pas ici de ce que l'on a appelé, et de ce que plusieurs auteurs appellent la « *morphée* » lépreuse, ni de l'achromie *secondaire* à d'autres macules, ni de taches pigmentaires ou achromiques en voie de régression centrale atrophique, mais de *taches blanches, atrophiques, d'emblée, qui ne sont précédées, ni suivies, d'aucune autre lésion sur place, d'abord vaguement dysesthésiques, puis franchement anesthésiques.*

La question de l'achromie lépreuse *primitive* réclame des observations nouvelles, dégagées des obscurités appartenant aux anciennes, où l'on confond avec elle des affections de nature différente, la sclérodermie en plaques, le vitiligo, le « vitiligo endémique » — Voyez note I, p. 110; I, p. 111; 2, 3, pp. 155, 156, etc.

Malgré leur polymorphie et leur caractère souvent fruste, malgré leurs variations selon les divers pays, les léprides érythémateuses et maculeuses auraient une grande *valeur diagnostique* si elles étaient anesthésiques; mais la dysesthésie, constamment et nettement dans la lèpre des nerfs surtout, est souvent *mobile*, incomplète, douteuse, et c'est au début, c'est-à-dire au moment où sa constatation serait la plus utile, la plus précieuse, qu'elle est le moins manifeste. Il faut, dans tous les cas, avoir recours à l'analyse délicate de la sensibilité cutanée par les procédés aujourd'hui connus — voy. plus haut, note I, p. 490 et suiv. — car c'est le seul moyen précoce de certitude, et un observateur expérimenté et prévenu saura en tirer le parti convenable.

Dans tous ces cas ambigus, l'étude ultérieure devra rechercher, par la biopsie, le bacille de Hansen-Neisser. En effet, en conformité avec ce que la logique permettait de supposer, on trouve, dans les léprides, même au début, en même temps que des troubles dysesthésiques, le *bacille caractéristique* — Voy. Quinquaud, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermatologie*, 1890, p. 31.

Le caractère de simplicité élémentaire des lésions cutanées, l'absence de bulles, appartiennent surtout aux premiers stades de la lèpre tégumentaire; leur banalité apparente, à la lèpre mixte, ainsi que leur caractère érythématomaculeux; les macules qui *semblent* se produire d'emblée appartiennent surtout à la lèpre des nerfs; la douleur spon-

Suite de la note des Traducteurs.

tanée ou l'hyperesthésie y sont particulières, mais non exclusives. Toutefois la lèpre est tellement *une* dans ses espèces, même les plus dissemblables, qu'il faut toujours faire quelque réserve; la forme tuberculeuse la plus accentuée peut apparaître après des phénomènes qui semblaient accuser plutôt une systématisation nerveuse.

Pour donner au lecteur une notion d'ensemble de la multiformité éruptive de la lèpre, aussi bien au début que pendant son cours, nous donnons ici deux observations typiques; les altérations principales constatées chez ces malades sont reproduites dans le Musée de Saint-Louis. Ces deux observations ont été communiquées par nous à LELOIR qui les a insérées dans son *Traité*, sous les n°s XXX et XXXV.

OBS. I. — *Lèpre des nerfs; léprides érythémateuses, maculeuses multiformes, dysesthésies, lésions trophiques.*

Pièces du Musée de Saint-Louis, n°s 531, 532. — Sur la pièce 531, membre supérieur gauche, on remarquera les grands disques maculo-squameux, arrondis ou ovalaires, et, dans les portions de main moulées, l'atrophie des interosseux. — N° 532. Face. Sur cette pièce très décolorée, on examinera surtout un grand cercle érythémateux, qui occupe toute la joue droite. Les anneaux érythémateux, que nous avons fait représenter, d'autre part, par la chromographie, étaient franchement érythémateux, et d'un rouge vif.

C... Marie, dix-sept ans, modiste, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 47. Du 24 juin au 19 août 1878. — La malade est née à Rio de Janeiro (Brésil), de parents résidant dans cette ville depuis sept ou huit années. Son père n'avait éprouvé, à aucune époque, d'affection semblable; il a eu après elle, d'un même lit et d'un autre lit, des enfants qui sont tous restés indemnes. La mère, au contraire, a présenté avant sa grossesse des phénomènes morbides analogues à ceux que nous allons décrire; *notre malade fut nourrie par elle, tandis que sa sœur puînée qui est encore à Rio, tout à fait indemne, n'a pu être allaitée par cette même mère, qui a succombé peu après son accouchement à des accidents puerpéraux.*

Le quartier de la ville, habité par la malade, était sain; cependant elle croit qu'elle était loin d'y être la seule à éprouver les accidents dont elle a été frappée; sa maison était située au bord de la mer; sa nourriture variée sous le rapport des fruits et des légumes; mais la viande de porc, les condiments épicés, et le café noir concentré, y prenaient une part prédominante.

Période de germination. — Depuis l'âge de neuf ans, la malade a éprouvé une douzaine de crises caractérisées par une *fièvre éphémère* de vingt-quatre heures de durée, avec des *lymphangites de la face interne des membres supérieurs ou inférieurs*, lesquelles ne laissaient aucune trace, n'ont déterminé aucune tuméfaction permanente des membres, et ne peuvent par conséquent être confondues avec les accès de la fièvre éléphantiasique proprement dite, ou accès aigus de l'éléphantiasis vrai. Les crises elles-mêmes sont désignées par la malade sous le nom d' « érysipèles »; *la rougeur et le gonflement se montrèrent sous forme de bandes à la face interne des membres*, jamais à la face externe; ce sont ces mêmes accidents que la mère de la malade aurait éprouvés un assez grand nombre de fois. Jamais, soit sur les plaques érythémateuses, soit sur la peau saine, soit sur les points où existent aujourd'hui les macules, il n'y a eu de bulles.

Suite de la note des Traducteurs.

Période de floraison à la surface. — Elle ne date que de deux ans et demi; aucune des manifestations existantes, *ni aucune des analogues, qui, ayant existé précédemment, se sont effacées, n'a de rapport direct avec les accès fébriles « érysipélateux »*. Sans fièvre, ni malaise, ni douleurs locales, sont apparues des taches, il y a actuellement deux ans et demi; *la première plaque érythémateuse de la largeur de la paume de la main, laquelle devint ensuite brune, après plusieurs vicissitudes, est aujourd'hui une simple macule pigmentaire de la couleur du chloasma.* Puis d'autres taches apparurent, tout à fait analogues, sur la cuisse gauche, sur les membres supérieurs et sur le visage.

Le médecin consulté, un mois seulement après le début, n'eut aucun doute. Il explora la sensibilité des extrémités, prescrivit du sirop ferrugineux, une solution probablement arsenicale, des bains sulfureux et l'électrisation, puis un mois plus tard l'émigration et une cure aux eaux thermales sulfureuses d'Aix en Savoie. Obéissant aux conseils de ce médecin éclairé, la malade séjourna à Aix, pendant tout le mois de juillet 1877, et ne quitta ces thermes, selon son rapport, que complètement débarrassée de ses taches aussi bien au visage que sur le reste du corps, mais conservant les troubles de la sensibilité au point où ils étaient au moment où elle avait quitté l'Amérique. Depuis le mois d'août 1877 jusqu'au mois de mai 1878, aucune apparence de rechute dans les altérations éruptives ne se serait montrée, toujours d'après le rapport de la malade, laquelle est obligée de reconnaître cependant que la plupart des taches que l'on constate aujourd'hui se sont reproduites sur les points occupés par les précédentes. Sur l'évolution des altérations de sensibilité et des troubles trophiques qui leur sont connexes, nous n'avons aucun renseignement précis, car ces phénomènes ne peuvent être constatés par les patients.

La malade est de petite taille, d'aspect délicat, mais non maladif. Elle a toute la gaieté de son âge. Conservation générale de la santé dans une mesure satisfaisante. Conservation de l'appétit. Intégrité des voies digestives. Menstruation régulière. Circulation et respiration normales. Urine d'aspect normal sans albumine ni sucre. Système ganglionnaire atteint en plusieurs points. Adénopathies indolentes, cervicales, sous-maxillaires, épitrochléennes inguinales. L'hématimétrie donne comme moyenne 3.534.000. Il n'y a pas d'augmentation du nombre de globules blancs.

Localisations cutanées et muqueuses. — Taches érythémateuses, érythématomaculeuses de toutes les formes et de toutes les dimensions, lisses ou furfuracées, dont voici le détail.

a.) *Cuir chevelu.* Rien d'appréciable autre qu'une hypersécrétion épithéliale et sébacée assez accentuée. Les cheveux sont châtains, abondants et solides.

b.) *Face.* Taches purement érythémateuses d'une couleur rouge un peu livide, extrêmement variables de ton, selon la circulation générale et l'irrigation sanguine locale, disparaissant sous la pression du doigt, normalement sensibles aux divers irritants, lisses ou légèrement furfuracées, très légèrement surélevées et épaissies, mais dans des conditions qui réclament une observation délicate ou comparative, enfin conservant les poils follets normaux. C'est sur les parties latérales de la face que les plaques érythémateuses sont le plus manifestes et qu'elles prédominent, circonscrivant par des lignes plus ou moins accentuées les espaces de peau intacts. On note parmi les plus remarquables topographiquement : du côté droit, une bande longitudinale étroite partant de la région temporale droite pour venir rejoindre une autre tache diffuse qui occupe toute la région mentonnière; une autre tache assez bien délimitée occupant la région malaire. Du côté gauche, l'as-

Suite de la note des Traducteurs.

pect est dissemblable et la disposition différente. Les taches sont plus petites, semblables à des impressions digitales, conglomérées en groupes; l'un de ces groupes est disposé en forme de croissant; on note encore une petite bandelette longitudinale en dehors du sillon naso-labial et une large tache ovalaire au-dessus de l'oreille, tache légèrement furfurante.

c.) *Tronc.* Taches relativement rares et petites, irrégulières; de 1 à 2 centimètres de diamètre au-dessus du sein gauche, sur la paroi antérieure de l'aisselle droite, sur l'omoplate à droite, la plus large de cette région, 4 centimètres sur l'omoplate gauche; enfin quelques petites taches dans la région dorsale inférieure.

d.) *Membres.* Les macules y occupent une partie plus ou moins considérable de la face externe, le côté de la flexion étant relativement exempt; leur couleur est généralement fauve. Leur surface ridée par l'exagération des plis normaux de la peau est légèrement rugueuse et furfurante; on dirait une couche de collodion jaunâtre étalée sur la peau, puis séchée et fendillée en tous sens. Mais la faible desquamation, que l'on peut y obtenir par le grattage, est rigoureusement furfurée; d'autre part, le siège topographique de ces plaques, surtout aux membres supérieurs, contribue encore à les rendre un peu rugueuses par le fait de la saillie si habituelle en ces régions des bulbes pileux; ces bulbes, d'ailleurs, portent presque tous leur poil normal; exceptionnellement ils sont glabres et remplis de cellules cornées. La forme des macules varie depuis la plaque à contours irréguliers, indécis, jusqu'aux taches arrondies nettement ou ovalaires, et aux bandelettes plus ou moins allongées; la plupart de celles qui ont dépassé quelques centimètres carrés sont remarquables par l'accentuation plus grande des altérations à la périphérie qu'au centre, lequel, en certains points, est tout à fait libre ou décoloré.

Altérations des muqueuses. — Les surfaces muqueuses, dans toutes les parties qui peuvent être explorées, ne présentent aucun trouble matériel ou fonctionnel permettant d'affirmer leur altération spécifique. L'appareil oculaire est intact. La bouche est normale, aucune lésion trophique appréciable du ménisque articulaire; les dents sont régulières et n'ont aucune altération spéciale; les gencives ont peu de couleur; la langue présente à la pointe et sur les bords des saillies papillaires sans caractère particulier; peut-être quelques petites taches jaunâtres vers la base.

L'appareil amygdalien, le voile du palais fonctionnent normalement. On note seulement, sur l'amygdale droite, deux petites taches jaunâtres diffuses. La voix de la malade est un peu nasonnée, mais elle affirme qu'il en a toujours été ainsi, bien qu'à un degré moindre. Le fond du pharynx est rouge, granuleux, sans autres caractères apparents que ceux de l'angine simple chronique. La voix laryngée est normale; il n'y a pas de toux; aucune apparence d'aphonie.

Pour des raisons de convenance que l'âge de la malade fait aisément comprendre, l'état des voies génitales n'a pas été exploré.

Lésions nerveuses; troubles trophiques. Il n'y a eu d'hyperesthésie à aucune période de la maladie, et il n'y en a pas actuellement, même au niveau des plaques érythémateuses; il n'y a eu que des fourmillements et encore de courte durée au membre supérieur gauche.

L'anesthésie et l'analgésie sont limitées à la main gauche; elles y sont complètes. Entre deux métacarpiens, on peut traverser de part en part, avec une épingle, la main, sans produire de douleur, même sous les yeux de la malade. Au sommet des doigts, les épingles sont enfoncées jusqu'à la ren-

Suite de la note des Traducteurs.

contre des phalangettes sans douleur également; au niveau des autres phalanges et sur les parties latérales, il faut atteindre plusieurs millimètres, et souvent plus d'un centimètre, pour trouver la sensibilité des parties profondes. Dans les mêmes régions, la *sensibilité électro-musculaire est abolie, de même que la contractilité électro-musculaire;* elles restent l'une et l'autre très altérées dans le tiers inférieur du même membre supérieur gauche, mais, dans tous les autres points, l'état normal est constaté. Cette insensibilité à la douleur existait certainement durant l'hiver dernier; car la malade s'est fait, sans s'en apercevoir immédiatement, des brûlures multipliées au niveau des articulations de la première et de la deuxième phalange des doigts auriculaire, médius et indicateur, à la surface desquels on retrouve de petites cicatrices arrondies, un peu épaisses, lisses et brillantes, de quelques millimètres de largeur.

Des troubles trophiques symétriques manifestes se retrouvent aux extrémités supérieures et inférieures, là même où l'analyse clinique ne constate pas encore de troubles de la sensibilité; des lésions atrophiques actives et des déformations existent manifestes à la main gauche, là où sont accumulées les lésions de la sensibilité.

Les altérations symétriques consistent : 1° Aux pieds, en un état tout à fait rudimentaire du cinquième orteil lequel manque presque complètement à gauche et n'est représenté à droite que par un appendice tout à fait rudimentaire; les deuxième, troisième et quatrième orteils existent, mais dans un état d'atrophie simple très avancé. Des deux côtés, le gros orteil est déformé et manifestement atrophié, mais à un degré beaucoup moindre que les petits doigts. Tous les orteils, sans exception, sont en flexion forcée. 2° Aux mains, la peau est lisse, amincie, brillante; les extrémités digitales dans toute la région phalangettienne sont amincies, atrophiées, recouvertes dans leur moitié supérieure seulement d'un ongle très petit et très court. 3° A la main gauche, on constate une déformation en forme de griffe. Les espaces intermétacarpiens sont déprimés par atrophie des interosseux et les tendons extenseurs sont saillants. Les premières phalanges étant dans l'extension, les phalangines et les phalangettes sont dans la flexion. Tous ces caractères s'exagèrent et deviennent frappants si l'on fait exécuter à la main des mouvements qui rendent tout à fait évidentes l'atrophie des interosseux, la paralysie des extenseurs et la prédominance des fléchisseurs.

Obs. II. — *Lèpre tégumentaire; léprides multiformes, érythémateuses, maculeuses, dyschromiques, systématisées, circinées, etc., — dysesthésies variées; lépromes superficiels en nappe.*

Pièces du Musée de Saint-Louis, n°s 626, 627. N° 626, région brachiale; sur ce moulage, on voit une tache fauve annulaire de la région épicondylienne remarquable : A, par la dépression et la décoloration de l'aire centrale, sauf en un point (îlot détaché) qui présente les caractères de l'anneau périphérique; B, par la bande annulaire surélevée, irrégulière de forme, fauve de couleur et à surface grenue. N° 627. Région dorsale. Taches fauves annulaires d'origine récente, apparues en France dans le courant de l'année 1879; mêmes caractères généraux que pour la région épicondylienne, avec moins de saillie et moins de coloration des anneaux. Les macules sont ovalaires, leur direction généralement oblique, étant sensiblement celle des nerfs intercostaux.

Homme adulte ayant quitté la France depuis vingt ans pour le Brésil (Per-

Suite de la note des Traducteurs.

nambuco) et y ayant séjourné dix-huit ans. Syphilitique depuis l'âge de dix-huit ans. Ayant eu en 1863 la fièvre jaune, en 1868 des coliques néphrétiques, et en 1870 une hydrocèle droite traitée par des injections de teinture d'iode. Abus de viandes conservées et de poisson. Très peu de végétaux.

Au moment du moulage, la maladie daterait de six années (?). Début en 1873 par une petite tache brune anesthésique de la région malléolaire droite. Il n'y aurait eu rien d'autre jusqu'en 1877 (?), époque où on aurait constaté une anesthésie simple localisée à la partie postérieure du mollet droit, puis, peu après, du côté gauche; ce serait la même année que deux taches brunes anesthésiques se seraient montrées un peu au-dessous des deux épicondyles et sur le bas-ventre. Aucun prodrome ni phénomène morbide d'aucune sorte.

En mars 1879, le malade revenu en France aurait subi un violent refroidissement en se jetant à l'eau tout habillé au secours d'un enfant. C'est peu de jours après que selon lui se serait développée la série généralisée des manifestations cutanées semblables à celles que nous avons fait reproduire par le moulage (tubercules, disques ou anneaux pigmentaires). De cette époque, dateraient les premières manifestations douloureuses comparées par le malade à des jets de vapeur passant entre cuir et chair, revenant chaque jour et laissant à leur suite de l'engourdissement.

Détail des lésions cutanées. — Face. Placards, arrondis, saillants, érythémateux, de dimensions variant depuis celle d'une pièce de 5 francs et au delà, occupant la partie inférieure du front, où ils empiètent sur les sourcils et les joues, aux environs de la barbe qui est rasée. La queue des sourcils, où l'on retrouve l'extension des placards du front, est pourvue de poils moins épais et moins colorés que ceux des régions voisines. Rien au voisinage du cuir chevelu qui ne présente aucune modification anormale. Plaque légèrement saillante, érythémateuse et luisante occupant le dos et le lobule du nez; par la pression, issue de produits sébacés très abondants. Plaque semblable, occupant la houppe du menton. Rien aux oreilles ni aux paupières. Les conjonctives sont pâles, légèrement subictériques.

Malgré les lésions multiples, la face n'est pas déformée dans son ensemble. L'apparition de ces lésions a été subite, leur développement s'est fait dans l'espace d'une heure à peine (?), précédé d'une simple sensation de cuisson dans les points qui allaient être atteints. Le malade s'imaginait d'abord avoir été piqué par un insecte. Les lésions ont été plus accentuées qu'elles ne sont en ce moment, et surtout il existait à leur niveau une tuméfaction plus prononcée. Actuellement, elles paraissent dues à un épaississement avec vascularisation exagérée du derme. L'épiderme, à ce niveau, est lisse et non épaissi; par la pression du doigt, on détermine une diminution de la rougeur. Au niveau de diverses plaques de la face, on constate une diminution manifeste, mais non une suppression de la sensibilité tactile et de la sensibilité thermique.

Cou. Placards semblables à ceux de la face et tubercules plus petits. Çà et là, au milieu, grands placards, points blancs, mats, affaissés, paraissant être des parties du tégument indemnes. Sensibilité émoussée, comme à la face.

Front. Lésions diverses quant à leur aspect extérieur. Sur certains points, simples taches d'un fauve clair; puis taches plus foncées, d'un rouge livide, incomplètement anesthésiques, avec épaississement manifeste du derme; enfin larges placards mal délimités, circinés, légèrement saillants, circonscrivant une partie centrale blanche et sans saillie. Cette surface blan-

Suite de la note des Traducteurs.

che, qui, sur certains points, paraît avoir de la tendance à brunir comme les parties périphériques, et qui dès lors semble répondre à des régions encore indemnes du tégument, présente toutefois cette particularité : que très souvent elle est absolument insensible aux piqûres même profondes, alors que l'anesthésie n'est qu'incomplète sur les taches. Le fait n'est pas cependant constant.

Les placards circinés sont très abondants, irrégulièrement disséminés sur tout le tronc; mais ils forment un cercle à peu près complet au niveau de la ceinture, sur le thorax; leur direction est oblique, leur forme allongée, dans le sens des nerfs intercostaux. Une seule tache, mais très étendue, sur le bas-ventre, occupant la région hypogastrique, n'allant pas jusqu'au pubis dont les poils ne présentent rien d'anormal.

Membres supérieurs. Trois ordres de lésions; taches simples, taches circinées et petits placards, remarquables par leur aspect granuleux semblant indiquer un développement exagéré des papilles du derme; leur vascularité très grande (saignant à la moindre piqûre) et l'état lisse et craquelé de l'épiderme à leur niveau. Les placards circinés sont les plus abondants comme sur le tronc. Ils occupent plutôt la face postérieure des membres du côté de l'extension et au niveau des articulations; néanmoins, leur dissémination est assez irrégulière.

Toutes les plaques présentent une diminution ou suppression de la sensibilité suivant le même mode que sur le tronc. Les taches brunes et fauves se retrouvent à la face dorsale des doigts. L'auriculaire gauche, notamment, est le siège de vives *douleurs spontanées, et, à la pression,* présente deux taches de cette espèce. Toutefois sa face dorsale et celle du métacarpien correspondant sont anesthésiées. *Ongles* et *extrémités des doigts* indemnes.

Fesses. Abondance remarquable de placards circinés à centre blanc, avec leurs caractères habituels.

Membres inférieurs. On y retrouve les trois ordres de lésions, avec prédominance à la face antérieure. Cependant la face postérieure des mollets est remarquable par la vaste étendue des zones blanches anesthésiques, entourées incomplètement de bordures érythémateuses. Rien aux pieds.

B. *Léprides bulleuses; nécrosiques.*

Des éruptions bulleuses diverses, réunies sous le nom de « *pemphigus lépreux* », peuvent apparaître dans toutes les formes de la maladie, au début comme aux périodes avancées ; celles qui méritent le plus d'attention sont les *léprides bulleuses précoces*, et les *léprides bulleuses escharotiques* de la *variété* de *lèpre des nerfs* dite « lazarine » (mal de saint Lazare), appartenant surtout à la lèpre des nerfs.

a.) Léprides bulleuses précoces. — Pendant la période de germination lépreuse, laquelle, nous le répétons, peut durer des mois et des années, lorsque pendant ces délais le malade a éprouvé seulement des troubles, « inconcevables » et incompréhensibles de la santé, sans que rien ne se soit encore produit, apparaissent les premières éruptions bulleuses. En voici le tableau saisissant fait par Danielssen et Boeck — *Traité de la Spedalsked ou Eléphantiasis des Grecs,* Trad. franç. de A. Cosson, Paris, 1848, page 261.

Suite de la note des Traducteurs.

« Le malade a le visage pâle et exprimant un profond chagrin; et, sans se plaindre de rien, il semble invoquer tout à son secours. Il peut rester des mois, même des années, sans qu'il s'offre aucune altération essentielle, jusqu'à ce qu'il se montre, à un endroit quelconque du corps, *surtout aux extrémités*, une ou plusieurs *grosses* bulles. Ces bulles apparaissent souvent *sans être précédées d'aucun symptôme local*, même à l'insu du malade, tant qu'elles ne sont pas rompues. Elles sont de diverses grandeurs, *depuis* la circonférence d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule; elles sont demi-transparentes et remplies d'une humeur visqueuse, couleur jaune verdâtre, quelquefois lactescente; elles se rompent au bout de quelques heures; l'épiderme, ordinairement assez épais, se détache, il tombe, laissant une surface un peu rouge, exulcérée, douloureuse, *sans s'étendre en profondeur ni en largeur*. Les surfaces dénudées peuvent continuer longtemps à sécréter une humeur visqueuse, blanc jaunâtre, formant souvent des croûtes brunâtres, qui ne deviennent jamais très épaisses, tombent et sont renouvelées. Pendant ces éruptions actuelles, les symptômes généraux indiqués plus haut ont diminué successivement, et l'état devient assez satisfaisant.

« Les ulcérations *cicatrisées*, il apparaît *aussitôt*, à d'autres endroits, de nouvelles bulles qui suivent la même marche, et c'est de cette manière qu'il peut s'écouler beaucoup d'années (jusqu'à cinq au moins à notre observation) pendant lesquelles le malade n'est affranchi de ces bulles que pendant de très courts intervalles, *néanmoins il semble satisfait de sa santé*. Les ulcères guéris laissent des cicatrices qui ont le circuit des bulles, sont un peu enfoncées dans la peau, ont une blancheur éblouissante, luisante, et, le plus souvent, elles sont *un peu* moins sensibles que le reste de la peau. Ces cicatrices sont en général *glabres;* les poils qui subsistent restent à l'état de follets blancs. Assez souvent il survient plusieurs bulles à la fois; ainsi deux ou trois autour du genou, et aussi beaucoup aux bras; mais, d'ordinaire, il ne s'en présente qu'une chaque fois, et tant que cela a lieu, il ne tarde pas à s'en montrer de nouvelles, quoique la surface dénudée des bulles ne soit pas encore cicatrisée. Nous en avons vu *une seule fois au visage;* au contraire, il en apparaît *très souvent dans la paume des mains et à la plante des pieds;* et il peut, du reste, s'en produire sur les cicatrices, et cela sur tous les points du corps, *le cuir chevelu excepté*. Ces bulles isolées apparaissent d'une façon si insensible, qu'il nous a été difficile de les observer au moment de leur formation. Ce n'est que deux ou trois heures après leur début que nous les avons vraisemblablement vues, et alors elles avaient déjà acquis les caractères décrits, et nous n'avons pas réussi à obtenir des éclaircissements près du malade sur l'état antérieur de l'éruption. Souvent enfin la bulle naît *pendant la nuit*, et se rompt le matin. Le malade est étonné de voir un grand ulcère rond formé si rapidement. Quelquefois ces ulcérations peuvent guérir en quelques jours, sans laisser de cicatrices, mais rarement; le plus habituellement, elles mettent plusieurs mois à guérir. Après un renouvellement plus ou moins prolongé de ces éruptions, elles cessent pendant quelques semaines, quelquefois plusieurs mois, *très rarement des années*, sans qu'il se manifeste d'autres phénomènes de la lèpre anesthésique. Quoique, dans deux observations, nous ayons constaté le début plus *tardif* des bulles, ou même qu'elles puissent *manquer*, nous possédons toutefois sur leur apparition primitive un nombre suffisant d'observations pour nous autoriser à les placer parmi les *prodromes*. Où le pemphigus se montre, on peut être entièrement convaincu que la lèpre anesthésique se développera à une époque plus ou moins rapprochée. »

Suite de la note des Traducteurs.

b.) *Léprides nécrosiques multiformes, érythémateuses, bulleuses, escharotiques, gangréneuses, ulcéreuses, etc.* (*érythème polymorphe lépreux, bulleux,* et *escharotique de* Leloir) de la *variété de lèpre dite lazarine.*

Au lieu des éruptions à prédominance bulleuse, et à nécrodermie limitée, qui viennent d'être décrites, et qui sont surtout propres aux périodes précoces de la lèpre des nerfs commune, on trouve, dans d'autres variétés de la même lèpre, des lésions dont l'aboutissant commun est la nécrose limitée de la peau, mais dans lesquelles la bulle n'est plus aussi constante.

Voici le tableau de ces éruptions donné par Leloir, *Traité cité*, p. 191.

« Après des prodromes variables, et ne différant en rien de ceux que j'ai décrits plus haut à propos de la période prodromique de la lèpre en général, on voit survenir de l'alopécie sourcilière et ciliaire, des troubles de la sensibilité (Lucio et Alvarado), des troubles de la sudation. Puis, souvent à la suite de phénomènes fébriles plus ou moins accentués, surviennent des troubles prononcés de la sensibilité : hyperesthésie, anesthésie (Lucio et Alvarado). En même temps, l'on voit apparaître des macules rouges, parfois tellement hyperesthésiques que le moindre contact provoque d'atroces douleurs. D'autres fois au contraire, il y a anesthésie absolue au niveau de la tache. Vingt-quatre ou trente-six heures après le début, la rougeur est bien limitée. La tache a pris la couleur du sang veineux un peu aéré. (Poncet, de Cluny.)

A ce moment, la tache est en général absolument anesthésique. On peut traverser le derme avec une épingle, sans que le malade éprouve aucune douleur. Si la tache ne se résorbe pas (la résorption peut se faire avec ou sans desquamation consécutive), la peau à son niveau prend une teinte grise, gris jaunâtre, gris brunâtre, assez comparable à celle du parchemin. (Pl. IV, *Fig.* 3.) Souvent l'on distingue dans la tache des capillaires sanguins comme injectés. (Poncet, de Cluny.) C'est une véritable eschare superficielle du tégument, présentant assez bien l'aspect d'un morceau de parchemin enchâssé dans l'épaisseur de la peau ou un peu soulevé par de la sérosité. Puis l'eschare se soulève lentement, se détache, et il reste un ulcère de la largeur de celle-ci, taillé à pic, entamant les parties supérieures du derme, et rappelant les ulcères consécutifs à certains rupias syphilitiques. Cet ulcère dure longtemps. (Voir Pl. IV, *Fig.* 2.)

D'autres fois, il se produit une bulle remplie de sérosité roussâtre, parfois franchement rouge, véritable phlyctène hémorrhagique. (Poncet, de Cluny.) La bulle envahit peu à peu toute la tache, ou bien la même tache est envahie par plusieurs bulles qui finissent par se fusionner. (Poncet, de Cluny.) Les phlyctènes s'ouvrent, et il se produit un ulcère (Poncet, de Cluny), dont le fond est souvent grisâtre, diphthéroïde comme celui de certains vésicatoires couenneux. Petits et assez distants les uns des autres au début, ces ulcères finissent par s'étendre en profondeur et en largeur. Ils se fusionnent, suivent souvent une marche serpigineuse, présentent parfois des contours polycycliques. Ils laissent entre les ulcères ronds ou à contours polycycliques des espaces de peau saine souvent moins étendus que les ulcères eux-mêmes. (Voir Pl. IV, *Fig.* 1.) Enfin parfois, quand le mal dure depuis sept ou huit ans, il ne se produit plus de phlyctènes. (Poncet, de Cluny.)

On voit en quelques jours de vastes plaques rouges se sphacéler. L'eschare peut avoir un centimètre et plus d'épaisseur et à sa chute elle donne nais-

Suite de la note des Traducteurs.

sance à une plaie affreuse. Poncet, de Cluny, a vu ces plaies envahies par la pourriture d'hôpital. Lorsque ces plaques gangréneuses siègent aux extrémités digitales, elles peuvent dénuder les os et amener la chute des phalanges. C'est une variété de lèpre mutilante, semblable à celle qui succède parfois au pemphigus lépreux ordinaire, et que j'ai décrite plus haut.

A la longue, après un mois, deux mois, quatre mois et plus pour les grandes ulcérations, ces ulcères finissent par se cicatriser. La cicatrice, d'abord rose, devient ensuite blanche, lisse, nacrée. C'est une cicatrice, en somme, absolument analogue à celle que nous avons étudiée plus haut à propos de l'éruption bulleuse de la lèpre systématisée nerveuse. Comme celle-ci, elle est entourée d'un liséré sepia, que Poncet, de Cluny, désigne sous le nom de liséré café. Ces cicatrices, comme celles du pemphigus lépreux ordinaire, peuvent devenir kéloïdiennes (kéloïdiennes vasculaires ou non. Voir Pl. IV, *Fig.* 3), contrairement à ce que dit Poncet dans ses notes.

Comme le pemphigus leprosus vulgaris, ces lésions siègent surtout aux membres, et en particulier du côté de l'extension et à la région externe, surtout au niveau des jointures. Le tronc et la face sont également d'ordinaire respectés. Cette variété éruptive évolue lentement, chroniquement, irrégulièrement, par poussées successives plus ou moins abondantes et souvent intermittentes. Ces poussées sont en général précédées de phénomènes fébriles. Le mélange des taches et des lésions consécutives à leurs différentes périodes d'évolution donne aux lazarinos (Lucio et Alvarado, Poncet, de Cluny) un aspect spécial.

Ces malades sont souvent emportés, au bout de plusieurs années, par une diarrhée colliquative qui rappelle la diarrhée que l'on observe parfois comme phénomène ultime du pemphigus (non lépreux) diutinus ou autre. Ou bien la maladie subit un temps d'arrêt, le malade semble même guéri. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, on voit apparaître des phénomènes de lèpre systématisée nerveuse à la deuxième ou troisième période, ou bien encore des éruptions de tubercules lépreux.

La coïncidence des lésions de cet érythème polymorphe lépreux, bulleux et escharotique (lèpre dite lazarine), avec les lésions de la lèpre tuberculeuse, constitue une des variétés de la forme mixte. »

C. *Léprides tuberculeuses: tubercules lépreux; lépromes cutanés.*

L'*infiltrat* lépreux de la lèpre tégumentaire a pour représentation commune ce qu'on appelle le « *tubercule de la lèpre* », c'est-à-dire une véritable *tumeur* de la peau généralement arrondie, lenticulaire ou pisiforme. Cet infiltrat peut être disposé en nappes minces occupant surtout l'étage supérieur du derme; il constitue, en réalité, une série des lésions dénommées sous le nom de « *taches* » érythémateuses ou maculeuses qui sont permanentes, faisant relief au moins à la vue, et représentant, dans la lèpre, ce que le lupus érythémateux représente dans la tuberculose lupique. L'examen biopsique rendra compte aisément de ces faits.

a.) *Léprides tuberculeuses dermiques; taches tuberculeuses; léprides nodulaires* (*tubercules lépreux proprement dits*).

Les taches *tuberculeuses*, néoplasiques, les infiltrations dermiques

Suite de la note des Traducteurs.

superficielles, ont été bien précisées et décrites par Leloir — *Traité*, p. 49; B. *plaques tuberculeuses ou lépromes en nappe* (*sclérodermie lépreuse*, de Bazin), — qui a en outre vérifié le fait très positif de leur existence dans les cas à forme *lente* chronique, de très lente et longue allure, comme dans l'observation que nous allons rapporter. Toutefois, nous pensons que leur existence est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a supposé, et qu'un grand nombre des « *taches* » de la lèpre sont des lépromes vrais, des tubercules, au sens de Leloir, qui réserve ce nom aux néoplasmes renfermant des microbes pathogènes, *non résolutifs*, du derme, quels que soient leur forme ou leur volume.

Obs. III. — *Léprides tuberculeuses dermiques superficielles; taches* TUBERCULEUSES; *lèpre érythémateuse, ou lépromes érythémateux*, au sens de « lupus érythémateux »; — *Léprides maculeuses multiformes* (1).

T..., maçon, trente-deux ans. Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon, n° 23, 12 avril 1880. Homme vigoureux, alcoolique, non syphilitique. Ses parents ont vécu vieux sans aucune maladie analogue à la sienne; ils n'ont jamais quitté le pays. Il est né à Bocolo, campagne de Plaisance, où la lèpre serait inconnue, d'après les renseignements médicaux que nous avons obtenus. Venu à Paris, à l'âge de vingt ans, habite depuis plusieurs années Boulogne-sur-Seine. Il y a douze ans (quatre après l'arrivée à Paris), il a constaté la première tache fauve sur le haut de la cuisse.

État à l'entrée. — Homme vigoureux; cheveux blonds. Les marques des lésions cutanées, leur développement à la face l'amènent à l'hôpital Saint-Louis, mais il ne se considère pas comme malade.

Détails des lésions. Membres inférieurs. Plante des pieds, épiderme corné assez épais, sans lésion de la sensibilité. Dos du pied à droite : teinte maculeuse de toute la demi-circonférence externe. Médius et annulaire hypertrophiés et érythémateux. A gauche, taches érythémateuses et maculeuses occupant particulièrement la zone médiane laissée libre sur l'autre pied. Rien ou presque rien aux orteils. Aucune plaie, ni cicatrice, ni paralysie musculaire, ni atrophie, ni rétraction; sensibilité intacte sur toute la plante, sur le dos des pieds, très notablement altérée au niveau de tous les placards maculeux et érythémateux. L'anesthésie est très nettement dermique. Quand l'aiguille a dépassé l'hypoderme, c'est-à-dire quand elle rencontre la deuxième résistance, la sensibilité apparaît.

Jambes. Les deux jambes présentent irrégulièrement disposés des placards érythémateux ou maculeux, les uns irréguliers, les autres irrégulièrement arrondis avec centre libre, dont les caractères sont assez frustes pour ne pas éveiller par eux-mêmes dans ce climat l'idée de l'affection réelle. Quelques-uns ressemblent absolument à des placards d'eczéma nummulaire lichénoïde. Il faut un examen attentif pour reconnaître au milieu du réseau

(1) Cette observation, très importante à d'autres points de vue que celui des lésions cutanées, car elle représente un cas de lèpre isolé, *en apparence* spontanée, a été communiquée par nous à Leloir qui l'a inséré dans son *Traité*, p. 203, sous le n° LIII, et qui l'a présentée sous son véritable jour, comme un cas de « *lèpre mixte d'emblée, systématisée nerveuse* et TUBERCULEUSE. » Elle est une des premières, sinon la première, dont il ait été fait, en France, la preuve bacillaire par la biopsie.
E. B.

Suite de la note des Traducteurs.

squameux formé par les plis exagérés de la peau de petites masses fauves ne faisant pas de saillie au-dessus du niveau, assez analogues aux foyers de récidive des cicatrices lupiques. Ces surfaces sont absolument sèches, conservant leur couleur fauve après la pression et ne perdant par celle-ci que leur nuance érythémateuse. Aucune symétrie absolue, aucune régularité non plus dans les cercles érythémato-maculeux, qui sont cependant notablement plus nets à la partie postérieure qu'à la partie antérieure. L'examen de cette région, au point de vue de la sensibilité, montre que ces altérations sont absolument gouvernées par l'altération cutanée. Dans tous les points où il n'y a pas de macules, sensibilité normale. Sensibilité altérée, au niveau des macules, sur une échelle très variée en degré et en profondeur du tissu.

Cuisses, partie postérieure. Mêmes caractères que pour les jambes. Région postérieure. Quelques placards beaucoup plus nettement érythémateux que ceux des autres régions, mais ne disparaissant pas davantage sous la pression du doigt. Dans ces régions, la vascularité, plus considérable que dans les autres, s'accompagne d'une conservation de la sensibilité plus prononcée; les piqûres senties sont saignantes, les autres ne le sont que quand l'aiguille est menée à une grande profondeur.

Région trochantérienne droite, occupée par une immense plaque, dont la dimension est rapportée plus haut, à bords très irrégulièrement festonnés, présentant les caractères des plaques maculeuses fauves, décrites pour la jambe, et présentant aussi les caractères, que nous venons d'indiquer, d'anesthésie; au centre de la grande plaque, sur la bosse trochantérienne elle-même, il faut que l'aiguille soit menée par une percussion jusqu'au tissu osseux lui-même pour produire une douleur, bien que la piqûre ait été faite avec une aiguille lancéolée de près de 3 millimètres de diamètre. On n'obtient, et encore par pression, qu'une gouttelette de sang ne représentant pas une goutte réelle. La région homologue ne présente que de petites plaques annulaires, semblables à celles qui sont disséminées sur d'autres points.

Cuisses, face antérieure. Très peu de chose : dix à douze petites plaques annulaires, inégales en dimension, en couleur, et disséminées, sans aucune symétrie.

Organes génitaux. Bien conformés, absolument normaux. *Abdomen.* Région sous-ombilicale, absolument rien. *Région diaphragmatique.* Une ceinture de plaques généralement ovalaires à grand diamètre perpendiculaire à l'axe du corps, rangées sans symétrie et présentant, d'une manière encore beaucoup plus accentuée, l'infiltrat jaune fauve déjà décrit. *Région thoracique antérieure.* Deux ou trois toutes petites plaques. *Région dorsale.* Une quinzaine de disques de petites dimensions, pleins ou libres au centre, variant du diamètre d'une pièce de 20 centimes à une pièce de 2 francs au maximum.

Membres supérieurs. Fortement et vigoureusement musclés.

Droit. Généralement sur la face externe, mais aussi sur la face interne, une douzaine de disques de dimensions petites et moyennes, irrégulièrement disséminés et sans ordre. La main présente une teinte livide générale avec des placards diffus très obscurs, n'existant guère d'une façon accentuée que sur le dos du pouce, et dans lesquels les caractères sont tellement peu marqués qu'il serait absolument impossible, s'ils existaient seuls, de les rapporter à leur véritable nature; ils ressemblent encore, beaucoup plus que ceux des jambes, à des plaques d'eczéma vulgaire.

Gauche. L'aspect en est tout à fait différent. A la main, presque rien. Au

Suite de la note des Traducteurs.

niveau de l'extrémité inférieure du radius comme centre, existe un très grand placard analogue au placard trochantérien, décrit plus haut et qui mesure 15 centimètres de haut sur 6 de large. Un placard de même nature, ayant pour centre le sommet de l'olécrâne, existe au niveau du cou, de même dimension dans ces deux régions, de même que sur toute l'étendue des membres supérieurs. Sa coloration érythémateuse est à peu près égale à la coloration maculeuse. On y observe également, à un degré moins prononcé que sur les membres inférieurs, une desquamation pityriasique légère.

Face. La face est occupée, dans un très grand nombre de ses points, par des plaques d'une couleur parfaitement érythémateuse, d'un rouge sombre rappelant la coloration du lupus érythémateux.

Ces plaques occupent surtout le front dans sa partie gauche, les deux régions sourcilières, la région de la barbe dans son entier y compris la moustache, quelques plaques sur la région malaire. Rien sur le nez, une petite plaque sur la paupière droite, une grande sur la région mentonnière gauche. Ces plaques ont toutes les mêmes caractères, elles ne sont que très irrégulièrement arrondies, elles forment une saillie plus appréciable à la vue encore qu'au toucher, tout à fait comparables à celles des érythèmes polymorphes. A leur niveau, la peau est lisse, non squameuse ou au moins fort peu : les orifices des glandes sébacées y sont toujours visibles, l'anesthésie y est limitée à la région papillaire du derme. Sur les régions de la barbe, les poils y paraissent normaux, mais sur la moitié externe des arcades sourcilières une alopécie incomplète est manifeste. Pour le cuir chevelu, pas d'alopécie, pas de plaques.

Le malade perçoit très désagréablement les piqûres, et celles-ci saignent presque comme des piqûres sur une peau normale. Au membre supérieur et à la face, de même que sur le reste du tronc, il n'y a nulle atrophie musculaire. Enfin les yeux, les fosses nasales, le pharynx, la langue et toutes les parties accessibles ne présentent aucune lésion.

Cou. — Quelques petites plaques seulement.

Verge. — Sur le fourreau, dans la région préputiale, quelques plaques non anesthésiques.

Le produit du grattage à la curette de quelques plaques du visage, examiné dans notre laboratoire par Balzer, a permis de constater, de la manière la plus nette, les bacilles de la lèpre.

Le *traitement* a consisté surtout dans l'emploi de l'acide phénique à haute dose (1 gramme par vingt-quatre heures) à l'intérieur, et dans les applications phéniquées externes. Amendement assez marqué pour que le malade se soit dérobé à une observation plus prolongée. Malade perdu de vue.

Les *dimensions* du tubercule lépreux nodulaire, du tubercule vulgaire, sont très variables sur un même sujet, ou chez les différents malades, sur des points divers de la surface tégumentaire ; depuis la plus petite tête d'épingle jusqu'à une grosse noisette et davantage, exceptionnellement ; elles croissent lentement soit en élévation soit en profondeur, soit en surface.

La *coloration* varie dans une gamme très étendue ; elle peut être semblable à celle de la peau normale, pigmentée, livide, rouge, rosée, plombée, cuivrée, brune, assez hyperhémique quelquefois pendant les paroxysmes fébriles pour simuler les nodosités de la dermatite

Suite de la note des Traducteurs.

contusiforme. Exceptionnellement, elle peut être orangée, jaune sucre d'orge, transparente, à la manière du tubercule lupique, mais alors en quelques régions seulement et non partout ; sur la peau des races noires, la teinte est moins variée, on le conçoit. Communément, les tubercules lépreux sont parcourus par des télangiectasies, vestiges des fluxions qui se produisent au moment des poussées, et indices de la gêne circulatoire des parties profondes du derme. Non seulement à la face, mais aux membres inférieurs, ZAMBACO a particulièrement signalé les télangiectasies veineuses persistantes des régions qui deviennent variqueuses, et œdémateuses au moment des paroxysmes éruptifs. « De toutes manières, dit-il, les vaisseaux capillaires des parties qui ont été le siège de ces fluxions restent variqueux ; ils encadrent plus tard les tubercules lépreux, ou serpentent sur les infiltrations néoplasiques, principalement sur celles de la face — Voy. Pl. 5, 7, 16, *loc. sup. cit.*

Généralement de *forme* arrondie, lenticulaires, pisiformes, les tubercules lépreux se déforment, ou non, par contact ; on peut les trouver aplatis, ombiliqués, lichénoïdes, formant parfois, surtout au dos des mains, des groupes saillants mamelonnés, isolés ou agglomérés, discrets ou confluents. Quelquefois, il se détachent de la peau saine, d'autres fois ils restent empâtés, englobés dans le derme, faisant, à peine, un mamelonnement maculeux à la surface, et perçus surtout par la palpation. *Dans leurs intervalles,* la peau est communément livide, pigmentée, plissée, profondément empâtée — *œdème lépreux, peau lépreuse;* souvent fissurée, rhagadique dans les sillons intertuberculeux.

Le tubercule lépreux est de *consistance* générale ferme, élastique ; il est lisse, desquamant quelquefois à la manière des syphilides papuleuses ; mais la desquamation pityriasiforme, psoriasiforme, appartient surtout aux taches tuberculeuses, qui prennent grossièrement dans quelques cas l'aspect du psoriasis, ou du pityriasis versicolore.

Lorsque débute la première poussée de tubercules lépreux, l'aspect peut être tellement voisin de celui de l'érythème noueux que la distinction immédiate en serait difficile ; cela d'autant mieux que ces tubercules naissants sont hyperesthésiques à la manière des nodosités de la dermatite contusiforme. Cette difficulté a été nettement signalée par DANIELSSEN et BŒCK — *loc. cit.* p., 208.

« Non seulement les tubercules s'accroissent dans leur développement, mais la peau contiguë est épaissie et infiltrée, soit par une masse lardacée, soit par la sérosité qui prive les téguments de leur élasticité. *Cette éruption ressemble assez à l'érythema nodosum,* avec lequel des médecins, même habiles, l'ont confondue ; mais un observateur exact saura éviter une telle confusion. »

Cette « confusion » n'est pas aussi facile à éviter que le pensaient ces auteurs ; la différence entre les tubercules naissants, et les érythèmes nodulaires que l'on peut observer au cours de la lèpre, est loin d'être cliniquement simple. Ce sujet est à remettre à l'étude à l'aide de faits

Suite de la note des Traducteurs.

nouveaux, plus complets et plus précis que ceux qui ont été recueillis, et dans lesquels nous comprenons nos propres observations — voy. plus haut, p. 498.

Dans les intervalles des paroxysmes, lorsque le tubercule lépreux est à la période d'état, quand il présente les caractères généraux que nous avons indiqués, sa différenciation est aisée, surtout dans les races non pigmentées, et la confusion vraiment impossible dans les cas habituels où l'on constate la généralisation du tubercule lépreux, opposée à la localisation ordinaire des tubercules *syphilitiques* ou *lupiques*, et la perte de la sensibilité cutanée dans ce tubercule lépreux, opposée à la sensibilité conservée du tubercule syphilitique, ou accrue au niveau du tubercule de lupus.

Reste la difficulté des cas frustes, *atypiques* ou *paratypiques*, incomplets; de quelques localisations exceptionnelles comme les régions palmaire ou plantaire; mais la lèpre n'étant pas une maladie *localisée*, on *recherchera*, et on trouvera toujours, *sur un autre point*, des tubercules caractéristiques.

Quant aux infiltrats pseudo-érythémateux ou pseudo-maculeux, indépendamment des caractères tirés de l'observation du sujet, on pourra, comme nous l'avons fait dans le cas ci-dessus, faire la preuve bacillaire sans difficulté.

Sur les muqueuses, à part les troubles de la sensibilité qui sont souvent assez peu accentués dans les premières phases, le tubercule lépreux se trouve partout où on trouve le tubercule syphilitique, et il le simule assez étroitement pour que la différenciation objective en soit souvent difficile.

La langue exceptée, où le lupus est d'une rareté absolue, la même difficulté peut se présenter pour le mamelonnement lupique, les lésions des gencives, etc.; mais quand ces lésions existent à un degré prononcé, le mucus nasal, et la salive (salivation), *pullulent* de *bacilles*.

Mêmes caractères pour le liquide lacrymal, dans les lésions si fréquentes de la conjonctive oculaire, et de la cornée.

b.) Lépromes dermiques profonds; lépromes hypodermiques.

Les tubercules dermiques lépreux de tout ordre peuvent se développer dans toutes les directions, et s'engager dans l'hypoderme, où, en se développant, ils prennent plus ou moins profondément position. Ils ne se confondent pas avec les lépromes *primitivement* hypodermiques nodulaires, ou en plaques, lesquels prennent, de leur côté, ultérieurement, contact et adhérence avec la peau. Il suffit de connaître leur existence pour les *rechercher*, par la palpation, à travers l'épaisseur du chorion, et les apprécier. Ils ressemblent, nombre à part, aux gommes scrofulotuberculeuses hypodermiques, dont ils ne diffèrent que par leur multiplicité plus grande, et en ce que ils ne suivent pas l'évolution qui

Suite de la note des Traducteurs.

mène les gommes tuberculeuses, aussi bien que les gommes syphilitiques, à se ramollir de la circonférence au centre, et à évacuer leur contenu au dehors. En ce sens, il n'y a pas de *gommes lépreuses*, les lépromes dermiques interstitiels, ou les nodosités tuberculeuses hypodermiques, dont la peau d'un grand nombre de lépreux est comme *farcie*, n'ont qu'une médiocre tendance à la régression; leur fonte aiguë proprement dite est exceptionnelle ; leur régression ulcérative en même temps qu'atrophique se fait lentement, et sourdement, grâce à l'anesthésie lépreuse. Excepté dans les périodes avancés de la lèpre des malheureux, et dans les cas non convenablement traités, il est rare d'observer de vastes ulcérations, à bords taillés à pic, à marche serpigineuse, phagédénique, perforantes, laissant écouler en abondance un liquide d'une odeur spéciale. Leurs bords durs, calleux, irréguliers, ou grossièrement polycycliques, les rapprochent de tous les ulcères sordides des membres inférieurs, qui sont leur bien d'élection. Sur les membres, et à la face, leur cicatrisation produit les *mutilations* cicatricielles de la lèpre. Le diagnostic de toutes ces lésions s'établit surtout, indirectement, par l'ensemble des autres signes, et aussi par la recherche du bacille dans les liquides exsudés, ou dans les tissus.

Il en pourrait être de même, il en aurait été de même surtout, avant la connaissance du bacille lépreux, de plusieurs variétés de *sarcomatose cutanée*, lesquelles, soit dans la période de prélude, soit dans les phases prolifératives et ulcéreuses, ne sont pas sans analogies avec quelques formes de lèpre tégumentaire — voy. plus loin le *texte* et les *notes* de la *sarcomatose cutanée*.

D. *Léprides déformantes et mutilantes.*

Les déformations et les mutilations que, dans leurs formes extrêmes, ou dans leurs stades avancés, diverses maladies produisent en plusieurs points du corps, et surtout au visage ou aux extrémités, affectent parfois des caractères si accentués de similitude, que le diagnostic direct, et la différenciation objective, en deviennent fort ardues, et quelquefois inexécutables.

Pour rendre ces difficultés aussi atténuées que possible, en ce qui concerne la lèpre, et les mettre à la portée de la pratique générale des médecins, il est nécessaire de réduire la question à ses proportions les plus simples, et les plus courtes. En fait, d'ailleurs, les cas dans lesquels l'ambiguïté est inextricable, sont d'une extrême rareté; et les moyens *indirects* d'éviter l'erreur sont nombreux.

Parmi les *déformations* et les *mutilations* de la lèpre, plusieurs sont exclusives, et *caractéristiques* dans leur forme, ou par la lenteur, et par l'indolence de leur production ; pour les *mutilations*, il existe bien des maladies telles que la *syphilis* et la *scrofulotuberculose*, qui en réalisent de très voisines, ou même de semblables; mais, dans chacune d'elles, quand les caractères directs font défaut, les désordres produits font

Suite de la note des Traducteurs.

partie d'un *ensemble symptomatique* que l'analyse clinique permet, ordinairement, de reconstituer sans difficulté. De même, pour la *majorité* des déformations et des mutilations produites par des maladies moins spécifiées telles que la *sclérodermie*, *l'asphyxie des extrémités*, diverses lésions *trophonévrotiques* plus ou moins bien classées, centrales ou périphériques, *mal perforant*, *névrites périphériques*, *syringomyélie*, *etc.*; car dans la lèpre c'est seulement une très petite exception de cas qui ne présentent pas d'*autres indices de certitude*, et dans lesquels on ne peut faire la preuve bacillaire.

Assurément, il est possible de confondre certains faits *isolés*, extrêmement rares de lèpre, avec l'une des affections ci-dessus indiquées, et, d'autre part, au point de vue de l'histoire générale de la lèpre, il y a une importance capitale à soumettre ces faits difficiles à une enquête spéciale. Mais, au point de vue de la pratique générale, dans les pays lépreux aussi bien que dans les pays non lépreux, l'essentiel est que le médecin soit *prémuni*, en principe, contre ces erreurs.

En présence d'un cas de MUTILATION de la face ou des extrémités, on passera en revue les caractères propres à la *syphilis*, à la *scrofulo-tuberculose des extrémités;* à l'*asphyxie symétrique*, au *mal perforant idiopathique*, et à la *lèpre*.

En présence d'un cas de DÉFORMATION *progressive*, *atrophique*, *trophopathique*, *amyotrophique*, on n'oubliera pas de discuter la *possibilité* de la *nature lépreuse* de la maladie; mais la différenciation ne sera laborieuse réellement, à l'ordinaire, que dans les pays lépreux, chez des sujets provenant de pays lépreux, ou en cas de coïncidence pathologique et c'est seulement avec la *syringomyélie* — voy. G. THIBIERGE, les altétérations cutanées de la syringomyélie, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, T. I, 1890, p. 799 — que la comparaison pourra être ardue, mais encore, nous le répétons, seulement dans des cas très exceptionnels où l'on ne trouverait pas, par extraordinaire, l'*hypertrophie des nerfs*, des cordons nerveux, si faciles à constater au nerf cubital, ni aucun autre stigmate tégumentaire de lèpre, ce qui réduit considérablement les chances de confusion.

La plupart des syndromes anciennement établis étant bien connus, il est inutile de les rappeler ici, mais il n'est pas inutile de donner le tableau succinct de la *syringomyélie*.

Tableau résumé des symptômes de la syringomyélie:

a.) *Troubles trophiques cutanés:* Occupent ordinairement les membres, au niveau des régions atteintes d'atrophie musculaire ou de troubles de la sensibilité.

Aux doigts, épaississement de la peau, épiderme fendillé, parfois crevasses ou petites ulcérations rebelles. D'autres fois « glossy skin », avec coloration rouge ou violacée. Ongles tantôt fendillés ou striés, tantôt augmentés de volume, quelquefois tombés.

Pour élucider la nature et l'étiologie de cette affection qui anéantit d'une façon si fâcheuse et si irrémédiable l'existence matérielle et intellectuelle des individus qui en sont atteints, il y a eu des efforts ardents et universels, depuis que, grâce aux travaux de Bœck et Danielssen, la pathologie de cette maladie a été établie sur des bases solides.

Tout d'abord, on les chercha naturellement dans l'état anatomique

---

Suite de la note des Traducteurs.

Parfois gangrène de la peau, pouvant devenir le point de départ de cicatrices hypertrophiques.

D'autres fois, lésions eczématiformes, vésiculeuses, phlycténoïdes, donnant lieu à de petites ulcérations, parfois pigmentation cutanée.

Parfois, ulcères ayant les caractères des maux perforants plantaires ou palmaires.

Parfois, syndrome de Morvan (dans une autopsie de maladie de Morvan de Joffroy et Achard, *Arch. de médec. expériment.*, Juillet 1890, toutes les lésions de la syringomyélie).

b.) *Troubles de la sensibilité :* Occupent de grandes étendues, le plus ordinairement tout un membre, surtout un membre supérieur, débordent sur le tronc en zones qui ne correspondent pas à un trajet nerveux.

Disparition de la sensibilité thermique et de la sensibilité douloureuse, avec conservation de la sensibilité tactile (dissociation syringomyélique de Charcot) : c'est le signe capital, mais il n'est pas absolument constant, la sensibilité tactile pouvant quelquefois disparaître ou du moins être plus ou moins altérée ; de plus, ce signe peut s'observer dans l'hystérie (Charcot).

Par suite de l'analgésie, fréquentes brûlures dont les cicatrices peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

c.) *Atrophie musculaire* revêtant souvent le type Aran Duchenne (atrophie des éminences thénar avec main en griffe), s'étendant à l'avant-bras, puis, se généralisant plus ou moins, à marche lentement progressive.

d.) *Réflexes tendineux* diminués, quelquefois abolis, jamais exagérés. Réflexes cutanés variables.

e.) *Scoliose* extrêmement fréquente. Accessoirement contractures ou incoordination.

f.) *Marche* très lente : il y a encore à Bicêtre des malades vus par Duchenne et ayant reçu de lui le diagnostic : « Atrophie musculaire progressive. »

g.) *Prédominance* constante des phénomènes aux membres supérieurs, le gliome qui donne lieu à la formation des cavités syringomyéliques, occupant le renflement cervical de la moelle.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Fin de la note des Traducteurs sur la séméiologie et le diagnostic des léprides.

des néoplasmes lépreux et des troubles de nutrition de la peau et des autres organes et tissus. Il y a des travaux estimables sous ce rapport d'un grand nombre d'auteurs, avant tout ceux de la première période où fut étudiée la maladie par Danielssen et Bœck, G. Simon et Virchow, et après eux ceux de beaucoup d'autres observateurs, Köbner, Bergmann, Neumann, Hansen, Thoma, Dehio, Monastirski, Kozlowski, Saruf, Neisser, Leloir, nous-même, etc.

Avec Virchow, tous les observateurs reconnaissent dans les tubercules de la lèpre un tissu de granulation, très semblable à celui du lupus, mais avec cette différence qu'il n'est pas, comme dans le lupus, réuni en foyers séparés et que les éléments qui le constituent ont une durée beaucoup plus longue; on peut donc dire que parmi les formations granuleuses assez analogues de la syphilis, du lupus et de la lèpre, ce sont celles de la lèpre qui ont la marche la plus lente, bien qu'elles aboutissent également, comme celles des deux autres affections, à la régression et à la résorption, ou bien à la désagrégation. Ici aussi le tissu nouveau se développe dans le derme lui-même, tantôt plus superficiellement, tantôt plus profondément, autour de quelques vaisseaux et de leurs parois, surtout dans le voisinage des glandes et des follicules très vasculaires, et s'étend le long des vaisseaux jusque dans le réseau muqueux et entre les pannicules adipeux, vers la superficie et dans la profondeur; il se fait ainsi une infiltration cellulaire diffuse de toute la peau. Cependant on voit dans la coupe reproduite figure 54 d'une nodosité lépreuse excisée sur la peau d'un individu vivant, que des bandes de tissu conjonctif divisent cette infiltration en foyers plus ou moins étendus (correspondant sans doute à des centres vasculaires). Ces traînées interstitielles de tissu connectif sont normales par places, ailleurs parsemées, comme dans l'inflammation, de dépôts cellulaires. On a décrit à plusieurs reprises la végétation et l'infiltration des parois vasculaires et la prolifération de l'endothélium (fig. 55), ainsi que la végétation en forme de prolongements et de réseau des cônes de la couche muqueuse et des cellules de revêtement des glandes. Ces dernières manifestations, ainsi que la destruction ultérieure des glandes, des follicules, les hémorrhagies accidentelles, les métamorphoses régressives des éléments de la nodosité lépreuse (dégénérescence graisseuse, tuméfaction des cellules géantes) ne diffèrent en rien de ce que nous avons décrit tout au long pour le lupus; nous ne ferons donc que les mentionner ici. En même temps que la pauvreté vasculaire du tubercule lépreux comparée à celle du tubercule lupeux fait comprendre la lenteur de son développement et son impuissance à arriver à un degré supérieur d'organisation, l'oblitération de ses rares vaisseaux par prolifération endothéliale en explique la métamorphose régressive et l'atrophie finale.

Une découverte très intéressante est celle qui a été faite par Virchow et après lui par d'autres auteurs (Neisser, Leloir), d'une lésion nerveuse dans la lèpre ; il y aurait une véritable lèpre des nerfs. On trouve, en effet, un processus inflammatoire chronique qui s'étend en petits foyers microscopiques sur le tissu conjonctif de la gaine externe des nerfs,

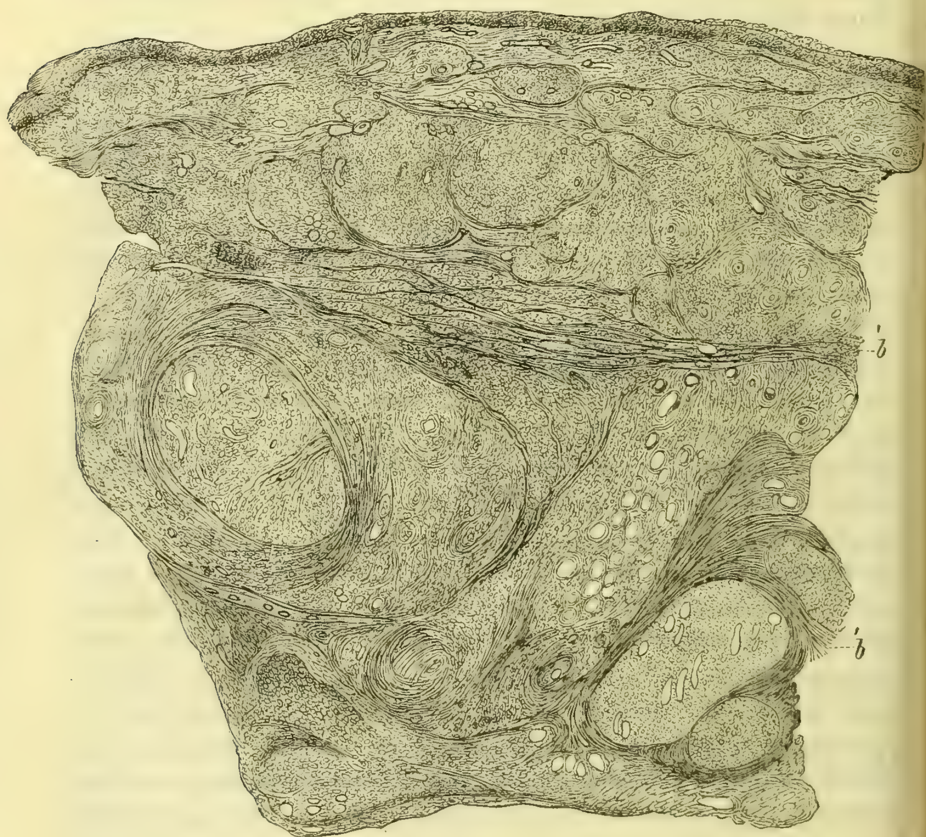


Fig. 54.

Coupe d'une nodosité lépreuse du bras (faible grossissement).

a épiderme fortement pigmenté. — *b* papilles et chorion avec infiltration cellulaire uniforme à laquelle des traînées en forme d'arc de tissu conjonctif. — *b'* donnent un aspect alvéolaire.

puis sur le névrilème et plus tard sur les cloisons qui séparent les divers faisceaux nerveux, et qui est en rapport avec une infiltration cellulaire correspondant à ces foyers inflammatoires. Celle-ci peut se résorber par places, ou bien, dans son cours ultérieur et après une longue durée, elle amène la dégénérescence graisseuse ou l'atrophie complète des fibres nerveuses primitives.

Ces lésions ne sont pas spéciales à la lèpre, mais elles expliquent les paresthésies, l'hyperesthésie et l'anesthésie, et les troubles trophiques décrits ci-dessus, spécialement ceux des muscles, et montrent que ces troubles de la sensibilité, au début du moins, sont variables

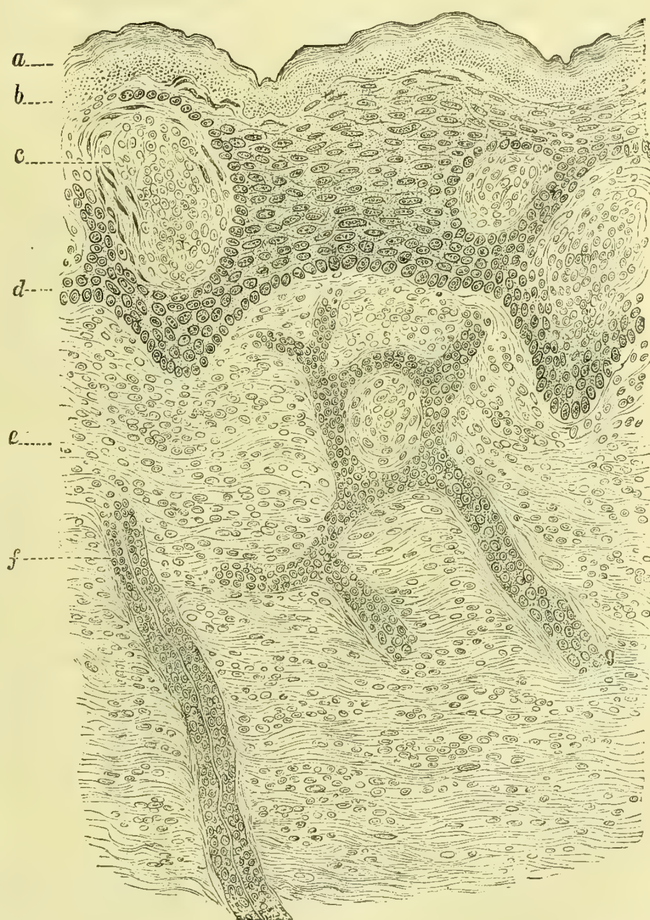


Fig. 55.

Coupe d'une nodosité lépreuse (fort grossissement).

a couche cornée. — *b* couche épidermique des cellules à noyaux. — *d* couche muqueuse proliférée. — *c* papille (coupée obliquement) et chorion *e* avec infiltration cellulaire uniforme. — *g* vaisseau sanguin avec prolifération des cellules de ses parois. — *f* vaisseau lymphatique (canal excréteur d'une glande sudoripare?) avec prolifération endothéliale.

et fugaces, tant que les produits inflammatoires formés dans les troncs nerveux peuvent être résorbés. Elles démontrent aussi la persistance de l'anesthésie une fois que les fibres nerveuses primitives ont subi des métamorphoses irréparables : enfin, elles permettent d'expliquer la

disposition irrégulière des plaques d'anesthésie; les dépôts inflammatoires peuvent, en effet, détruire les fonctions de quelques fibres primitives seulement, alors que d'autres appartenant au même territoire nerveux ont gardé leur intégrité. Mais certainement une grande partie des anesthésies provient encore de l'atteinte directe des fibres nerveuses les plus périphériques par les formes d'infiltration du derme (nodosités, taches) perceptibles à la même époque.

Quant à l'hypothèse que les troubles sensitifs et trophiques de la lèpre sont occasionnés par une affection lépreuse du système nerveux central (Rosenthal), elle manque à peu près de toute base sérieuse. En effet, les lésions médullaires dans la lèpre sont, depuis Bœck et Danielssen, plus rares et comme telles expliquent peu aussi l'apparition aréolaire irrégulière de l'anesthésie. Parmi ces lésions, il y aurait à citer celles concordant essentiellement entre elles, relatées dans ces dernières années par Steudener, Langhans et Tschirjew, dans lesquelles ces auteurs auraient constaté un ramollissement myélitique considérable, au point de produire des cavités, des cornes postérieures et des colonnes de Clarke ainsi que de la commissure grise (1).

Quant aux autres lésions anatomiques, surtout à celles des organes internes, du poumon, de l'intestin, des testicules, des diverses glandes, du foie, de la rate, des reins, il semble, bien qu'on en ait douté et qu'il faille admettre des complications accidentelles telles que la tuberculose, il semble, dis-je, d'après les travaux récents de A. Hansen et Monastirski, Neisser, etc., qu'il faille les rapporter à des altérations analogues (foyers d'infiltration cellulaire dans la trame conjonctive, avec atrophie consécutive du tissu parenchymateux). Le bacille de la lèpre forme un complément essentiel de la lésion anatomique dans les tissus lépreux (2), il en sera encore question plus loin.

---

(1) Nous nous abstenons de commentaires et d'additions sur ces questions dont l'intérêt, au point de vue où nous nous plaçons, est de second plan depuis la découverte de la nature bacillaire de la lèpre.

E. B. — A. D.

(2) Le *bacille lépreux* n'est pas « un *complément* essentiel de la lésion anatomique »; il est l'agent irritant *préalable*, ou au moins le témoignage de la présence de l'irritant spécifique, CAUSE ESSENTIELLE et *sine qua non*, de la lèpre; cela ne doit pas être perdu de vue un instant. *Il n'y a pas de lèpre sans bacille lépreux, et pas de bacille lépreux sans lèpre.*

Dans toutes les espèces, formes et variétés de la maladie lépreuse sans exception, telles que l'observation clinique les avait antérieurement déterminées, l'histologie permet de constater aisément une bac-

Suite de la note des Traducteurs.

térie caractéristique, dont la découverte appartient à ARMAUER HANSEN (de Bergen) 1869-1874. Après HANSEN, le bacille de la lèpre a été décrit par ALBERT NEISSER (de Breslau) qui l'a, le premier, coloré; aussitôt après, il a été reconnu par un nombre considérable d'observateurs et par nous-mêmes dans tous les cas de lèpre tégumentaire, et dans la lèpre des nerfs, au cours de ces dernières années — *bacille* de HANSEN et de NEISSER.

P.-G. Unna — *Zur Farbung der Leprabacillen* (Coloration des bacilles de la lèpre); *Zur Histologie der Leprosen Haut* (Histologie de la peau dans la lèpre), *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1885, n° supplémentaire. Neisser — *Histologische und bacteriologische Lepra Untersuchungen* (Recherches histologiques et bactériologiques sur la lèpre), *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*, etc., 1886, t. CIII. P.-G. Unna — Les amas de bacilles de la peau lépreuse ne sont pas des cellules (*Virchow's Archiv für path. Anat. und Phys.*, etc. 1886. Lutz — *Zur morphologie des Mikroorganismus der Lepra,* in *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887, n° supplém. 1). Anal. par Doyon in *Ann. de Dermat.*, 2e série, Paris, 1886. Touton — *Zur Topographie der Bacillen in der Leprahaut* in *Virchow's Arch. f. pathol. Anat. und Phys.*, 1886, t. CIV. Campana — *Vierteljahr. f. Dermat.*, 1887, n° 2, fasc. 2. E. Arning — *Monatshefte*, 1887. Leloir — *Ann. de Dermat.*, 2e *série*, 1887. Cf. R. Melcher et H. Ortmann, *Ubertragung von Lepra auf Kaninchen* (inoculation de la lèpre à des lapins) in *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1885, n° 23, etc., etc.

Le bacille lépreux est absolument spécifique : Si il est vrai qu'il *ressemble* au bacille tuberculeux, assez pour que D. C. DANIELSSEN — Contr. à l'étude de la lèpre, *Arch. roumaines de Méd. et de chir.*, 1889, p. 1 — ne soit pas « éloigné d'admettre leur *identité;* d'une part, il en peut être aisément distingué, dans les préparations, par son *inaltérabilité morphologique*, sa facilité plus grande à être *coloré*, et surtout par son *extrême abondance;* et de l'autre, les *réactions cellulaires* qu'il provoque dans les expérimentations sur les animaux, achèvent de le différencier sans contestation possible — Voy. surtout, sur ce dernier point, WESENER, Zur Uebertragbarkeit der Lepra, *Beitr. z. pathol. Anat. von* Ziegler, 1890, T. VII, p. 613 et suiv.

Sans aucun doute, il subsiste de *très nombreuses lacunes* dans l'histoire du bacille lépreux, qui demeure *énigmatique* en beaucoup de points ; mais il faut attendre encore un peu de temps, et se résigner à ne pas tout comprendre *à l'instant;* sa valeur spécifique reste entière, et sa valeur diagnostique, absolue; cela suffit, pour le moment.

Ces inconnues ne retranchent rien à la valeur de la découverte de HANSEN, ni aux constatations bactériologiques incontestées faites unanimement par tous les histologistes.

Il n'y a pas davantage lieu de se laisser détourner de la réalité pratique, et de la vérité, par l'impossibilité où l'on reste de cultiver le bacille lépreux et de l'inoculer aux animaux ; cela veut dire seulement qu'on ignore encore *l'art de cultiver le bacille* de Hansen hors de

Suite de la note des Traducteurs.

l'homme, et que les animaux ne sont pas plus aptes à contracter la lèpre qu'ils ne le sont à contracter la syphilis — Voy. *note* I, p. 538.

Quant aux *inoculations de la lèpre à l'homme*, on ne peut pas plus les tenter qu'on ne le fait pour la syphilis ; sauf certaines circonstances exceptionnelles, cette expérimentation constituerait un acte vraiment criminel, qu'aucun médecin n'a le droit de commettre. Cependant, cela a été fait plusieurs fois, depuis le commencement de ce siècle, par des médecins n'ayant même pas l'idée des difficultés de la question, et avant la découverte du bacille lépreux ; leurs expérimentations restent sans valeur, il serait facile de l'établir ; mais il faudrait pour cette discussion ouvrir, sans compensation, un débat irritant; on en pourra chercher, dans le *Traité* de Leloir, l'exposé suffisant, convenable et discret.

Une seule expérimentation vraiment licite, en même temps que scientifiquement exécutée, a été faite par Arning aux îles Hawaii, le 30 septembre 1884 — Voy. *Bienn. Rep. of the Presid. of the Board of health to the legisl. of the Hawaiian Kingdom*, et E. Besnier, Sur la Lèpre, etc., *Bullet. de* l'*Acad. de méd.*, 1887, p. 500, Mémoire traduit en anglais par Oswald Baker, Calcutta, 1889 — sur un assassin condamné à mort, et à qui une commutation de peine était accordée s'il consentait, par écrit, à cette inoculation. Quatorze mois après l'inoculation, aucune trace de lèpre n'avait encore apparu; puis Arning ayant quitté les iles, on n'avait plus de nouvelles de l'inoculé, et l'insuccès de cette inoculation était proclamé hautement par les anticontagionnistes, lorsque, en 1888, moins de trois années après l'inoculation, on apprit que, *non seulement l'inoculation avait réussi, mais que l'inoculé était dans un état avancé de lèpre tuberculeuse* — Voy. Arning, Ueber eine Lepra Impfung beim Menschen. *Verhanld. d. Deutschen Dermat. Gesellsch.*, 1889.

Localisations du bacille de Hansen-Neisser *dans les liquides et dans les solides de l'organisme.*

1° *Liquides de l'organisme: a.) Le sang.* — Dans la lèpre, le sang ne contient pas en permanence de bacilles; introduits dans le sang circulant, ils en doivent disparaître rapidement à la manière de tous les éléments de même ordre; le sang n'est pour eux qu'un agent de transport qui les dissémine et les amène au lieu de dépôt, c'est-à-dire les capillaires à circulation autonome et ralentie : au delà d'un temps fort court, il ne pourrait les conserver, les tolérer, sans être placé dans des conditions incompatibles avec la vie organique; toutes les fois où il en subit momentanément la présence, on voit se produire immédiatement les réactions vitales, la fièvre, les accès, qui caractérisent toutes les maladies bactériennes à projections sanguines intermittentes.

Sur cinq lépreux, Leloir n'a pu qu'une seule fois, et péniblement, sur une vingtaine de préparations, rencontrer trois bacilles lépreux; encore le sujet sur lequel ce sang avait été recueilli était-il couvert de tubercules, et arrivé à la troisième année de la maladie confirmée.

Suite de la note des Traducteurs.

Interrogé à nouveau par nous, notre savant confrère a répondu que son opinion sur ce sujet n'avait pas varié.

D'autre part, le professeur Albert Neisser a bien voulu nous renouveler, directement, l'assurance qu'il n'avait jamais trouvé de bacilles lépreux dans le sang circulant, et cela sur plus de cent préparations faite à l'aide des méthodes les plus variées, les plus exactes, les plus perfectionnées. Il n'est fait de réserve que pour la période des éruptions lépreuses intermittentes et fébriles. Müller — *Deutsçhes Archiv für klinische Medicin*, XXIV, p. 205, 1882 — aussi bien que Köbner, les ont trouvés dès cette époque. A la vérité, Unna avait pensé que les bacilles lépreux circulaient dans le sang, mais il n'a pas maintenu cette opinion. Florenzo Jaja — intorno alla etiologia della lepra, *Giornale italiano delle malattie venere e della pelle*, fascic. V. et VI, 1886 — déclare avoir trouvé toujours le bacille caractéristique dans le sérum sanguin chez tous ses lépreux; mais il a très loyalement répondu à notre demande que ses observations n'avaient eu d'autre objet que d'établir la présence du bacille lépreux chez les malades observés par lui, et dans le sang obtenu par simple piqûre de la peau. En raison de ces diverses assertions d'auteurs tout récents, Arning a remis la question à l'étude avec la plus grande attention; il affirme de rechef (*Appendix*, p. XXXIX) que le sang ne contient pas de bacilles de la lèpre, même pendant les accès; il est porté à penser qu'il y a bien, à ce moment, un élément germinatif, mais qu'il affecte une forme encore indéterminée; pour le moment, il se borne à déclarer itérativement que le sang, recueilli avec les précautions de rigueur, ne contient jamais de bacilles lépreux.

Arrivées dans les capillaires, les bactéries peuvent y être détruites sur place — Voy. Wyssokowitsch, des microorganismes injectés dans le sang des animaux à sang chaud, *Zeitsch. f. Hyg.*, 1886, Anal. franç. par Netter, *in Bulletin médical*, 1887 — ou y rester à l'état latent, ou stériles, ou devenir immédiatemeut l'occasion de lésions fonctionnelles ou vitales qui déterminent leur passage par diapédèse dans les voies cellulaires et lymphatiques. Unna, et d'autres auteurs, ont bien signalé l'encombrement mycotique des capillaires par les microbes de la lèpre, mais c'est en réalité dans les vaisseaux et dans les espaces lymphatiques que l'on faisait réellement commencer le processus lépreux. D'après les recherches de Lutz (Ueber Lepra. Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen, *in Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1887, nos 9 et suiv.), aux embolies capillaires initiales succède la stase, puis la période d'effusion séreuse avec diapédèse globulaire et mycotique (granulations, *cocci*), enfin pénétration dans les espaces lymphatiques, formation des cellules de granulation, et constitution du léprome proprement dit.

b.) *La lymphe.* — Voilà certainement, dans les points où elle peut être stagnante — réseau étoilé du derme, lacunes de la trame lamineuse, gaines lymphatiques des nerfs, ganglions — le liquide de culture probable des microphytes de la lèpre; selon des affinités électives propres,

Suite de la note des Traducteurs.

comparables à celles qui cantonnent en divers départements du même système, la syphilis, les cancers, la tuberculose, etc.; donc on pourra bientôt déterminer avec précision les territoires électifs comparés.

c.) Les sécrétions normales et pathologiques, et les excrétions. — Aussi longtemps qu'ils ne sont pas matériellement altérés, les émonctoires n'éliminent pas de microorganismes lépreux ou, au moins, de bacilles; or, comme les appareils glandulaires sont rarement lépromateux, on trouve avec une égale rareté les bacilles dans les liquides sécrétés.

Dans aucun cas, l'*urine* ne contient de bacilles, remarque d'autant plus à noter contradictoirement, que les Chinois considèrent l'urine comme l'agent vecteur par excellence de l'infection lépreuse. — Voy. Arning, *loc. cit.*, p. XXIX: « The bacillus cannot be found in the urine of leppers, which is accredited by the Chinese to be the infection carrier « *par excellence* ».

Les *larmes*, le *mucus nasal*, la *salive* pullulent de bactéries lépreuses, dans les cas où les surfaces oculaire, nasale, buccopharyngienne sont lépromateuses.

De même pour les liquides et matières provenant de l'*intestin*, dans la *diarrhée lépreuse — lèpre du gros intestin et du rectum*, Arning.

Le *mucus utérin* et les *sécrétions vaginales* ne contiennent jamais la bactérie lépreuse; il n'est pas besoin de montrer l'importance de cette constatation négative, au point de vue spécial de l'innocuité des relations avec les femmes lépreuses.

Le *sperme* contient certainement des bacilles en raison de la fréquence même et de la précocité du testicule lépreux. Cependant, nous n'avons trouvé aucun document sur ce point. Il y a là une lacune d'autant plus importante à combler, que les rapports que l'on constatera entre la cellule séminale et les microorganismes de la lèpre sont de nature à éclairer quelques-uns des côtés obscurs de la bactériologie lépreuse; il y aurait le plus grand intérêt par exemple, à savoir s'il y a ou non inclusion des microorganismes dans le germe.

Les *liquides pathologiques exsudés* au niveau des léprides bulleuses directes, ou bacillaires (pemphigus lépreux des auteurs), ou ceux qui s'écoulent de la surface des léprides ulcéreuses, gangréneuses, contiennent des bacilles en plus ou moins grande abondance.

Le *liquide vaccinal* peut-il contenir des bacilles de la lèpre, s'il est recueilli sur un sujet lépreux? Oui, d'après les expériences précises de Arning, qui a trouvé ces bacilles dans la lymphe, et dans les croûtes vaccinales, chez des lépreux qu'il avait vaccinés dans le but de déterminer ce point controversé — Voy. *Appendix*, *loc. cit.*, p. XLV.

2° TISSUS, ORGANES ET APPAREILS : *a.) Tégument.* — Sur le tégument, on trouve le bacille PARTOUT, mais particulièrement dans la partie succulente du chorion, le réseau lymphatique cloisonné, les espaces lymphatiques étoilés, l'atmosphère conjonctive des capillaires dermiques et hypodermiques, et des dernières ramifications nerveuses; on peut en trouver dans les cellules desquamées de la couche cornée, dans les

Suite de la note des Traducteurs.

poils. — Voy. Leloir, *Traité;* Cornil et Babès, *Les bactéries;* Unna, *Les bacilles de la lèpre* dans leurs rapports avec la peau, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1886, suppl. I. anal., *in Annales de Dermatologie*, 1886, 2e série, T. VII, n° 6, p. 354; Campana, de Gênes (*Nochmals die Uebertragung der Lepra auf Thiere*, Transmissibilité de la lèpre aux animaux, *Vierteljah. f. Dermat. und. Syph.*, 1887, fasc. n° 2, et Congrès de Berlin en 1890; Kalindero et Babès, La lèpre en Roumanie, *Congrès de Paris*, 1889, pp. 592, 600.

A titre général, immunité *relative* pour les organes ectodermiques différenciés — glandes sudoripares, follicules pileux et sébacéo-pilaires, cryptes sébacées — analogie bien remarquable entre les organes d'élimination cutanée et les émonctoires viscéraux.

b.) *Muqueuses.* — Les muqueuses de rapport, *oculaire*, *nasale*, *bucco-pharyngo-laryngienne*, *foisonnent* de bacilles dans la plupart des cas de lèpre tégumentaire ou de lèpre mixte; mais les muqueuses viscérales proprement dites, malgré la déglutition incessante des bacilles, ne sont guère plus atteintes que dans la syphilis, exception étant faite seulement pour le rectum et pour le gros intestin — Voy. Arning, *Appendix*, p. XXXVIII. De plus, chose également digne de remarque, les *muqueuses utérine*, *vaginale* et vésicale restent indemnes, ce qui distingue encore le bacille de Hansen du bacille de Koch.

c.) *Vaisseaux sanguins.* — Les capillaires des régions envahies sont entourés, ou encombrés, de bacilles emboliques ; ils présentent toutes les altérations de l'endartérite et de l'endophlébite, de la périphlébite et de la périartérite.

d.) *Vaisseaux lymphatiques.* — Vaisseaux et ganglions sont le siège essentiel et constant du bacille; après Unna, Hansen, Neisser, Cornil, Arning, etc., Leloir a établi leurs altérations bactériennes, et vérifié leur constance — Voy. Unna, Discussion sur la communication d'Arning à l'Association médicale de Hambourg, *Monatshefte*, juin 1887. Après avoir pris acte du principe général, admis par Arning, que les organismes de la lèpre sont habituellement localisés dans les vaisseaux lymphatiques, opinion qu'il déclare avoir, le premier, exprimé d'abord pour la peau il y a quelques années, il rappelle que ses recherches ultérieures lui ont montré qu'il en est de même pour tous les organes, pour les nerfs comme pour les testicules, la rate, les ganglions lymphatiques, et la face. Comme Arning, cependant, il n'admet cette loi que « *cum grano salis* ».

e.) *Système nerveux.* — Dans la lèpre, contrairement à ce qui se passe pour la syphilis, le système nerveux *central* reste sensiblement indemne; il y a là une question à réserver, les résultats négatifs pouvant n'indiquer autre chose que l'insuffisance des moyens d'investigation dont on dispose. C'est seulement dans les *cordons*, au delà des plexus, ou dans les ramifications terminales de deuxième rang, que l'on trouve des lésions bacillaires spécifiques, qui ont été mises en pleine lumière par Hansen, Neisser, Köbner, Leloir, Arning, Cornil et Babès, les Hoggan, etc., etc.

Suite de la note des Traducteurs.

f.) *Les viscères.* — Bien que la bacillose lépreuse ait pour localisations essentielles le tégument, les ganglions, les nerfs, elle a aussi ses déterminations viscérales moins communes que celles de la tuberculose, mais positives, et qui en diffèrent surtout par leur individualité moindre, attachées toujours qu'elles sont à une espèce ou à une forme de lèpre. On a fait entre les deux maladies une opposition vraie, mais exagérée, car, d'autre part, la tuberculose, qui ne laisse pas que d'envahir aussi le système nerveux, est beaucoup plus fréquente sur le tégument qu'on ne le croit généralement. Il est également vrai qu'un assez grand nombre de lésions viscérales trouvées dans les autopsies par Danielssen et Bœck sont des altérations de nature tuberculeuse, ou encore des dégénérescences amyloïdes ou stéatosiques, telles qu'on en rencontre dans toutes les cachexies pyogéniques ; mais on a été trop loin, ou au moins trop vite dans la radiation générale des lésions viscérales de la lèpre.

« In all advaneed tubercular cases, I was struck with the extreme frequency of grave changes in the larger viscera, more especially the lungs, liver, spleen, and bowels. These organs presented an aspect quite new to me, and closer examination of their tissues have enabled me to prove that we have been mistaken in attributing deaths of lepers to intercurrent pneumonia, tubercular phthisis, and disentery, which were simulated by the clinical symptoms. The ulcerations of the bowels, and the breaking down of lung-tissue, are due to a leprous infiltrations, and we shall have to modify our opinions of leprosy, being mainly a disease of the cutis and peripheral nerves, and introduce the terms such as *phthisis leprosa*, and *enteritis leprosa*, etc. ». — E. Arning, *Appendix*, p. XLI. — Voyez, en outre, E. Arning, *Monatshefte f. dermat.* Juin 1887, *loc. sup. cit.*, et surtout Cf. D. C. Danielssen, *loc. sup. cit.*

Chez la femme, l'appareil génito-urinaire, tout entier, reste indemne, tandis que chez l'homme le parenchyme testiculaire est communément atteint, et cela dès les premières années de la maladie où les voies séminifères contiennent des bacilles libres ou intra-cellulaires. Cornil, Neisser, Leloir, Hansen, etc., l'ont constaté de la manière la plus précise. Dans les deux sexes, on trouve le bacille à la surface de la région anale — Cf. la très importante communication de Kalindero et Babès, *Congrès de Paris*, 1890, p. 592.

Ainsi que nous venons de le montrer, la lèpre est une *maladie à bacilles*, une maladie bacillaire; la bactérie qui lui appartient n'est pas de l'ordre des banales, elle est spécifique exclusive, constante; chez le lépreux, elle affecte dans les solides ou dans les liquides des localisations déterminées, électives, affirmant une fois de plus son individualisation certaine. Dans toute lésion lépreuse non éteinte, ou non détruite, sur le lépreux vivant ou sur le lépreux mort, on la trouve, et jamais on ne la trouve en dehors du lépreux, ou dans des altérations qui ne soient pas lépreuses, c'est-à-dire que le bacille de Hansen-Neisser est aussi spécifiquement attaché à la lèpre que le bacille de Koch peut l'être à la tuberculose.

Divers auteurs, des sociétés savantes, des commissions nommées à cet effet, ont cherché à découvrir les causes éloignées ou prochaines de la lèpre.

Nous savons que la lèpre est une maladie endémique, et je vous ai esquissé déjà la situation géographique des lieux où elle se présente et se développe. De ce que la lèpre reste en somme confinée dans des contrées assez restreintes, on a voulu jusque dans ces dernières années en conclure que sa cause résidait dans des conditions climato-telluriques, dans la constitution physique des terrains, ou dans un agent résultant de ces conditions et analogue à la malaria. Mais cette idée s'accorde difficilement avec le fait expérimental que la lèpre se montre dans des contrées essentiellement différentes au point de vue climato-tellurique, par exemple, en Islande et à Bergen, en Égypte et au Cap, dans les régions du Nord où les nuits sont longues et glaciales, et sous le ciel toujours bleu et les rayons brûlants du soleil des tropiques, sur les hauteurs du Liban, loin de la mer, et dans les marais de la Crimée.

L'hypothèse suivant laquelle la cause de la lèpre résiderait dans de mauvaises conditions alimentaires, dans la nourriture exclusive par le poisson, les graisses, les viandes salées et conservées (1), n'est pas

---

Personne ne supposera que cette bactérie naît « *spontanément* », que c'est à titre fortuit qu'elle coexiste avec toutes les lésions lépreuses et exclusivement avec elles, et même, bactérie à part, personne ne croira qu'une maladie de cette spécificité se développe sans cause spécifique.

A tous les titres, la lèpre est une affection spécifique; elle représente un type achevé des maladies bacillaires à évolution lente, et si quelqu'un montrait qu'elle peut exister sans le bacille de Hansen, ou ce bacille sans elle, il effacerait d'un trait l'histoire des maladies bactériennes.

Fin de la note des Traducteurs sur le bacille de la lèpre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) C'est surtout le *poisson* que JONATHAN HUTCHINSON a incriminé dans sa communication au Congrès de Berlin en 1890, le poisson salé ; mais Arning n'a pas eu de peine à infirmer cet argument, déjà réfuté bien des fois, en répondant que la lèpre atteint les Européens résidant aux îles Sandwich, bien qu'ils ne mangent pas de poisson salé, et l'on sait depuis longtemps que plusieurs pays où l'on vit de poisson salé ne sont pas lépreux, ou que divers pays lépreux n'ont pas de poisson frais ni salé. Si l'on eût montré dans ces aliments le bacille, ou que par des cultures on l'ait obtenu, cette proposition aurait quelque valeur, mais il n'en est rien.

Cette idée de considérer la lèpre comme *provenant* des choses extérieures n'est pas nouvelle, et il était d'autant plus légitime de la

mieux fondée, car dans les contrées où la lèpre est endémique, à Rio-de-Janeiro par exemple, on la trouve chez des personnes qui vivent au milieu du luxe de la grande ville et appartiennent aux meilleures classes de la société.

L'opinion qui obtint le plus longtemps le plus d'adhérents, est celle qui considérait la lèpre comme une maladie héréditaire. Cette opinion se généralisa, surtout à la suite des recherches généalogiques publiées par Danielssen et Bœck, montrant que, dans certaines familles, la maladie se transmettait de génération en génération, et que des rejetons transportés, dès leur plus tendre enfance, dans des pays exempts de lèpre, en étaient atteints vers l'âge de vingt à trente ans.

D'autre part, dans les contrées avoisinant Bergen, où avaient porté les recherches de Danielssen et Bœck, on a dressé des tables généalogiques qui prouvent le contraire (Bidenkap, Hjort, Holmsen, etc.). L'hypothèse de l'hérédité ne s'accorde pas avec ce fait que beaucoup de personnes, dont les ascendants n'avaient jamais habité de contrées à lèpre, nées elles-mêmes dans des pays exempts de cette maladie, dans le centre de l'Europe, par exemple, sont allées résider dans des localités

---

concevoir ainsi, qu'elle s'est toujours développée, de préférence, chez les sujets ou chez les peuples soumis à des conditions matérielles défectueuses. Aussi n'est-il pas un des éléments de la matière de l'hygiène, et particulièrement de ceux qui ont trait à la bromatologie, qui n'ait été successivement incriminé ; mais, après des accusations sans nombre, force a été de réhabiliter successivement chacun d'eux, ou de n'y voir que de simples adjuvants pathogéniques. On n'a pas pu, en effet, méconnaître que des groupes nombreux ou considérables de lépreux n'avaient jamais été soumis à aucune des conditions supposées capables d'engendrer la lèpre, tandis que des populations entières, qui y étaient en proie, n'avaient jamais eu la lèpre. C'est là une chose jugée.

Mais, depuis la découverte du bacille de la lèpre, surgit une nouvelle manière d'envisager la question, car, peut-être, on va trouver le bacille lépreux dans le sol, dans l'air, dans les eaux ou dans quelque aliment. Il ne s'agit plus de savoir si les lépreux ont bu de l'eau croupie, s'ils mangent des poissons gâtés, des viandes impures ou altérées, s'ils consomment des céréales ou d'autres végétaux avariés, mais bien si cette eau, ces aliments divers, si l'atmosphère et le sol lépreux, contiennent le bacille spécifique. Voilà assurément une étude de première importance, une recherche qui s'impose d'emblée, et l'on a dû y procéder avec soin et hâte. Eh bien non ! Ni Hansen, ni aucun autre dans les pays scandinaves, ne se sont chargés de ce soin, et aucun des grands laboratoires de l'Europe, où toutes les questions de cet ordre sont poursuivies avec ardeur, n'a institué de recherches dans cette direction.

Un seul auteur, Arning, médecin allemand qui a étudié la lèpre aux

où l'affection est endémique, et en ont été atteintes après un séjour de deux ou plusieurs années.

Je connais moi-même toute une série de cas analogues. De ce nombre, une femme qui, à l'âge de quarante ans, quitta son pays natal, l'Alsace, pour faire un voyage à la Nouvelle-Orléans et revint ici lépreuse au bout de quelques années; des individus nés dans l'Allemagne du Sud qui ont contracté la lèpre à Buenos-Ayres, à Montevideo ou à Mexico ; un mari et une femme, de Turin, dont tout d'abord le mari alla s'établir à Alexandrie et fut atteint de lèpre tubéreuse, et plus tard sa femme qui l'y suivit contracta la lèpre anesthésique. Un rapport publié en 1882 par J.-C. White sur les foyers lépreux dans l'Amérique du Nord, contient beaucoup de renseignements instructifs sur cette question, car, de ce rapport, ainsi que de ceux plus récents qui le confirment, il résulterait que la lèpre apparaît dans l'Amérique du Nord, et s'y développe d'une manière extrêmement rapide, dans des pays où jusqu'à ce jour elle n'était pas connue, et que ce sont les Chinois principalement qui l'y ont importée (1).

îles Hawaii avec un admirable talent et une rare sagacité, a institué ces recherches dans les meilleures conditions, en pays lépreux, dans une région où l'élément lépreux est en pleine prolifération; il a examiné dans cette direction l'air, l'eau, les aliments, et toujours les résultats de ses examens multipliés ont été négatifs. Il en est de même de MENDOZA — Voy. OLAVIDE, Sur la contagion de la lèpre, et le nombre probable de lépreux qui existent en Espagne (en dehors des Antilles, Philippines et Canaries), *Congrès de Paris*, 1889, p. 548 — qui a essayé sans succès de cultiver le bacille de la lèpre dans tous les milieux connus.

Selon toute vraisemblance, cela ne veut pas dire autre hose, si ce n'est que l'histoire naturelle des microphytes de la lèpre, et la technique bactériologique, ont encore beaucoup de progrès à réaliser.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les faits semblables à ceux que vient de rapporter le professeur KAPOSI sont tellement nombreux, communs, et connus, qu'il est inutile d'en citer de nouveaux.

La question de l'*hérédité lépreuse*, d'autre part, n'en est plus à avoir besoin de ces faits pour être dégagée des obscurités systématiques dans lesquelles elle avait été enfermée.

Dès l'origine, et aussi longtemps que l'observation de la lèpre resta imparfaite, on croyait à l'hérédité de la maladie en raison de ce fait, exagéré et mal interprété, que les enfants de lépreux deviennent plus souvent lépreux que les enfants des individus non lépreux. Mais lorsqu'on recherche sur quelles bases statistiques l'hérédité lépreuse a été établie, on reconnaît rapidement que ces bases sont des plus faibles: pourvu qu'il y ait quelque lépreux signalé dans la famille entière,

Suite de la note des Traducteurs.

voilà un fait inscrit à l'actif de l'hérédité. Mais si l'on reprend ces recherches avec plus de sévérité, on relève tout d'abord, de la manière la plus certaine, que le pourcentage héréditaire brut de la lèpre est de beaucoup inférieur aux chiffres classiques qui donnent la majorité à la transmission héréditaire. Sur cent sept cas de lèpre, par exemple, étudiés directement à ce point de vue par Leloir — *Traité*, p. 284 et suiv., — on n'en relève que quarante-sept dans lesquels il y eut des lépreux dans les ascendants, en comprenant parents et grands-parents; dans soixante observations, il est précisé que les ascendants lépreux faisaient défaut. Donc, même en admettant que tous ceux qui ont des ascendants lépreux tiennent la lèpre de ces ascendants, ce qui n'est pas exact, on voit déjà que cette hérédité peut manquer dans plus de la moitié des cas.

D'autre part, si l'on fait le recensement particulier des enfants qui sont nés de parents lépreux, on voit que ceux qui deviennent lépreux forment la *minorité*, cela jusque dans les léproseries. En 1884, lors de la visite faite par la reine Kapiolani à la léproserie de Molokai, le Dr Hutchison appela l'attention de la souveraine sur le grand nombre d'enfants sains, quoique nés de parents lépreux (environ soixante), qui existaient à la léproserie — *Appendix to the Report on Leprosy of the President of the Board of health to the legislative Assembly of 1886;* Honolulu, 1886. Même constatation à Kalawao en 1884, par le Dr G.-L. Fitch, *Appendix*, p. XXXIV, — et il suppliait qu'on les envoyât au dehors, dans un asile distinct, pour ne pas les laisser exposés à une contagion aussi dangereuse — ce qui a été fait depuis.

En 1887, Adolphe Lutz, étudiant la lèpre au Brésil, constate que la transmission héréditaire est l'exception, et tout à fait insuffisante pour expliquer la permanence de la maladie; non seulement il signale les nombreux étrangers atteints (il connaît personnellement, dans la localité où il exerce, six résidents allemands qui sont lépreux), mais il fait remarquer que la maladie se développe dans les familles résidentes qui jusque-là étaient restées indemnes (*loc. sup. cit.*), et en 1890, aux îles Sandwich, le même auteur — *Bienn. Rep. of. Pres. of. the B. of Health*, Honolulu, etc., p. 82 — écrit : « *The infection* from one person to the other furnishes probably the largest number of patiens; heredity, IF IT REALLY EXISTS AT ALL, is quite secondary, being perhaps only simulated by family infection. »

Voici enfin, et vraiment après cela il serait oiseux de multiplier les citations, ce qu'écrit Zambaco sur la lèpre observée par lui en Orient : « Dans le plus grand nombre des cas que j'ai observés, dit-il, la lèpre est acquise. Mes recherches les plus patientes n'ont pu me faire découvrir de lépreux parmi les ascendants. Je suis remonté jusqu'à l'arrière-grand-père et à l'arrière-grand'mère, paternels et maternels, et jusqu'à mémoire d'homme, sans trouver de lépreux dans la famille. J'ai cherché, aussi, chez les collatéraux, et toujours avec les mêmes résultats négatifs... D'après ce que j'ai observé jusqu'à présent, une fois sur quatorze environ, la lèpre néoplasique est héréditaire. Dans ce dernier

Suite de la note des Traducteurs.

cas, il peut arriver que les géniteurs soient indemnes, mais qu'un arrière-grand-parent, un grand-oncle ou une grand'tante aient été atteints. »

Ces dernières constatations de ZAMBACO — qui va cependant jusqu'à admettre l'hérédité provenant des aïeux et des arrière-collatéraux, grand-oncle et grand'tante, c'est-à-dire qui dépasse les limites — si on ne les interprétait pas, réduiraient à une quantité tout à fait négligeable l'hérédité de la lèpre, ce qui n'est pas conforme à la réalité. Pour remettre les choses au point, j'ajouterai que ZAMBACO n'entend parler que de ce qu'il appelle la lèpre néoplasique, c'est-à-dire la lèpre tuberculeuse ou lèpre tégumentaire, la plus commune dans le rayon de son observation, et que la lèpre des nerfs, *lèpre à virus atténué*, est particulièrement fréquente chez les hérédolépreux.

Ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, la fréquence de la lèpre chez les enfants de lépreux n'est pas à contester ; ce qui reste à l'étude, c'est de savoir si, le fait d'habiter un foyer lépreux, d'être nourri par une mère lépreuse, de cohabiter intimement avec des parents lépreux depuis le jour de la naissance, ne doit pas entrer en ligne de compte dans la recherche de la paternité réelle de la maladie, alors que celle-ci n'apparaît qu'un nombre d'années fort grand après la naissance. Cette question avait fait l'objet des méditations particulières de Schilling, lequel a fait remarquer que ces mêmes enfants qui deviendront plus tard lépreux s'ils restent dans le pays et avec leurs parents, demeurent indemnes si on les soustrait à ces parents et à ce pays; et cela est si vrai, — nous en avons consigné la remarque dans la 1re édition de cette Trad. franç. de Kaposi, 1880 — que nous avons cherché, en vain, l'exemple d'un enfant de lépreux né sain, qui, enlevé à sa mère et à son pays aussitôt après sa naissance, soit devenu lépreux.

On pourrait supposer que, devant ces difficultés, ces hésitations, et ces doutes, les partisans convaincus de l'existence commune de l'hérédité lépreuse ont cherché à établir plus solidement le fait lui-même, en démontrant, par exemple, que cette transmission pouvait se déceler soit sur le fœtus, soit dans les premiers temps de la vie extra-utérine. Il n'en est rien.

Danielssen et Bœck, après avoir simplement déclaré qu'il est rare de voir apparaître la lèpre avant la troisième ou la cinquième année de la vie, et sans ouvrir d'enquête sur l'état des nouveau-nés ou des enfants de lépreux, ajoutent seulement qu'ils sont « fondés à croire » que la lèpre peut attaquer le fœtus ; ils connaissent de jeunes enfants lépreux, que les parents leur ont déclaré être venus au monde avec des taches, mais ils ne rapportent pas un seul cas où ils aient vu, *de leurs yeux*, un fœtus ou un nouveau-né portant des stigmates lépreux.

A propos de jeunes sujets atteints de lèpre anesthésique à l'âge de huit ans, ils ont « entendu dire » par leurs parents que, chez ces enfants, il s'était formé, çà et là, des bulles aux extrémités dans les premiers mois de la vie — *loc. cit.*, p. 329. Mais aucun d'eux n'a jamais été, de ces faits, témoin oculaire; cela veut dire assurément, au moins,

Suite de la note des Traducteurs.

que la lèpre du nouveau-né, ou de la première enfance, est une rareté.

Depuis plus de quarante ans que le livre de Danielssen et de Bœck a paru, on n'a pas pu (d'après les renseignements recueillis par Leloir dans son voyage en Norvège) trouver un fœtus ni un nouveau-né atteint de lèpre. Dans sa plus récente publication, Arning écrit qu'il ne croit pas à la lèpre congénitale, et qu'il accorde seulement (sans doute par complaisance pour l'opinion de Virchow) qu'une certaine faiblesse à résister aux attaques de la maladie peut être transmise par hérédité. Enfin, Wm. Jelly, dans un aperçu sur la lèpre des provinces d'Alicante et de Valence, écrit, en juillet 1887, au *British medical Journal*, qu'il a en vain cherché un nouveau-né ou un enfant lépreux : « *I have never seen, or been able to find an exanthematous leprous baby, or child. The youngest that J have seen was* a lad aged 17... »

Si nous avons insisté sur ce point, c'est uniquement pour montrer sur quelles bases débiles repose la doctrine de l'hérédité de la lèpre et non pour établir que la lèpre ne peut pas se transmettre *in utero*. Cette transmission, comme celle de toutes les maladies contagieuses sans exception, peut se faire pendant la conception, ou durant la vie intra-utérine. Voyons dans quelle mesure et avec quel degré de fréquence elle a lieu en réalité.

A en juger par les faits, en toute indépendance d'esprit, la transmission héréditaire de la lèpre est rare, aussi bien par conception, que par voie utéroplacentaire.

Pour la transmission conceptionnelle vraie, c'est-à-dire l'infection ou la contamination de l'élément spermatique; laquelle doit être très fréquente en raison de la fréquence même des altérations bacillaires du testicule, elle reste souvent sans effet pour la lèpre comme pour la syphilis, et probablement la tuberculose, par ce fait que le germe, originairement accompagné d'un élément bacillaire, n'a que de bien faibles chances de survie. Donc dans la lèpre, ainsi que dans la syphilis, la contamination du germe fœtal, directement par le bacille paternel, est très peu probable, ce germe étant peu viable en présence de la bactérie; mais s'il subit l'infection alors que son individualité vitale est déjà établie (et ce ne peut plus être, alors, que par la voie utéroplacentaire), deux cas peuvent se présenter, absolument comme pour la syphilis, — l'arrêt de développement et la mort avant terme, ou la non-viabilité à la naissance, et la naissance à terme avec apparition des accidents dans les premiers mois, ou dans les premières années de la vie.

En résumé, dans notre opinion, de même que l'on n'a jamais vu un enfant hérédosyphilitique contaminer sa mère, on ne verrait pas d'enfant hérédolépreux transmettre la maladie à sa mère; dans les deux cas, la situation serait la même, c'est-à-dire que le fait d'avoir procréé un enfant hérédosyphilitique, impliquerait, apparente ou latente, la léprisation de la mère comme il implique sa syphilisation. Quand un enfant syphilitique contamine sa mère, ou quand un enfant lépreux contaminera sa mère, cela veut et cela voudrait dire que cet enfant n'a pas

Suite de la note des Traducteurs.

contracté la lèpre par hérédité, et que, par conséquent, sa mère n'est pas syphilisée ou léprisée.

La part du père lépreux, comme celle du père syphilitique, consiste dans la syphilisation ou la léprisation conceptionnelle de la mère ; sur le produit, son action consiste surtout dans la stérilisation ou dans la non-viabilité ; cette action peut être limitée à une période chronologique de virulence dont les limites, connues à peu près pour la syphilis, restent à déterminer pour la lèpre.

Ces produits non viables de l'hérédité lépreuse ont été constatés à Constantinople, par Zambaco, qui, dans sa réponse à quelques-unes des questions que nous lui avions posées, déclare avoir vu souvent des enfants de lépreux venir au monde avant terme, mal développés, très maigres, ayant la peau violacée ou d'un rouge foncé ; ces enfants succombent quelques jours, ou quelques semaines après la naissance.

Mais, pas plus que Danielssen et Bœck, Zambaco n'a vu aucun enfant, au moment de la naissance, présentant des stigmates de lèpre ; il les a trouvés seulement à cinq mois et à sept mois, sur des enfants que les parents déclaraient avoir présenté les premiers symptômes à trois mois, à deux semaines, et même dès la naissance pour un enfant qu'il constata lépreux à l'âge de trois ans.

Donc, plutôt par les considérations et par les faits précis que je viens de produire, que d'après ce que l'on avait avancé jusque-là, il est manifeste que la lèpre peut se produire par voie conceptionnelle indirecte, par la circulation utéro-placentaire, par hérédocontagion ou, si l'on veut pour ne pas anticiper, par hérédité.

Mais la vérité est que cette hérédité ne s'exerce pas de la façon et de la manière que l'on croyait, et, d'autre part, que l'hérédité de la lèpre, comme tous les modes de transmission contagieuse de cette maladie, réclame, pour s'effectuer, des conditions qui la rendent relativement plus fréquente.

Pour un enfant de lépreux qui naît à terme et viable, les chances d'hérédité lépreuse sont véritablement faibles ; alors même que le père et la mère sont lépreux, l'hérédité de la maladie n'est jamais fatale, et si l'on pouvait isoler et dépayser, aussitôt après leur naissance, les enfants des lépreux, on aurait, par là même, réalisé le plus sûr et le meilleur mode d'extinction de la lèpre.

Au point de vue nosologique général, quelques explications sont nécessaires pour achever de caractériser complètement l'hérédité lépreuse. Considérée en elle-même, l'hérédité générale comprend trois termes : l'hérédité physiologique, l'hérédité constitutionnelle, l'hérédité virulente ou contagieuse.

Il n'y a pas besoin de définir l'hérédité *physiologique*.

L'hérédité *constitutionnelle* existe quand il y a transmission d'imperfections organiques qui s'impriment dans le nouvel être, dès la constitution de la cellule initiale, et qui, par leur évolution ultérieure, devien-

Les rapports publiés dans ces derniers temps sur les îles Hawaii montrent qu'il en est tout à fait de même pour la lèpre de ces pays. D'après les derniers avis officiels (1886) de Gibson, la lèpre aurait pris une extension considérable à Hawaii. Cependant, si l'on s'en rapporte aux nouvelles qui nous sont parvenues ces dernières années, et d'après lesquelles la lèpre n'aurait été importée dans ce pays qu'en 1859 par deux Chinois, comme aussi à beaucoup de communications antérieures sur le nombre des cas de lèpre, la doctrine de la contagiosité de cette affection semble avoir considérablement perdu de son crédit (v. Hoffmann, Hillebrand, Hutchinson, Mouritz, Arning, etc.).

L'opinion généralement régnante au Moyen âge de la contagiosité de la lèpre a, par suite des dernières expériences dont il a été question, de nouveau repris faveur et occupe le premier rang.

Cette opinion n'a toutefois acquis une base sérieuse que par la constatation de bacilles dans le tissu lépreux, effectuée d'abord par Hansen,

---

Suite de la note des Traducteurs.

dront les maladies de la constitution, les *maladies constitutionnelles* à proprement parler.

Dans le troisième mode héréditaire, dans l'*hérédité contagieuse*, il ne s'agit plus de la reproduction de modalités organiques, mais de la transmission, de toutes pièces, d'un germe extrinsèque que les générateurs ont, eux-mêmes, antérieurement *reçu du dehors*. Ce n'est plus de l'hérédité au sens ancien, de l'hérédité pure ni vraie, ni une tare formative de la cellule initiale; c'est, en termes clairs, de la transmission, de l'implantation, de l'inoculation, en un mot de la *contagion* sous un mode particulier, l'hérédocontagion.

Tel est le cas pour la lèpre et pour les maladies virulentes, lesquelles peuvent être contractées après comme avant la naissance, et qui ne sont pas plus héréditaires au sens ancien du mot que ne l'est la variole contractée dans l'utérus ; toutes, elles résultent de la transmission, faite de toutes pièces, des générateurs au produit, d'un élement spécifique *extrinsèque*, introduit par la voie séminale, ou plus certainement par la circulation utéroplacentaire. Démontrée pour la lèpre, la notion de cette transmissibilité établit clairement que, loin d'être opposables l'une à l'autre, la notion de l'hérédité de la lèpre et celle de sa contagiosité se confirment, au contraire, et se prouvent l'une par l'autre. Pour complément, pièces justificatives, bibliographie, etc., voy. E. Besnier, *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, *loc. sup. cit.*, p. 507-517; et Cf : Armauer Hansen, Ist die Lepra « im Aussterben begriffene » Infectionskrankheit und ist sie erblich? *Virchow's Arch. f. path. Anat. und Phys.* 1890, T. 120, p. 476.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Fin de la note des Traducteurs sur l'hérédité de la lèpre.

puis par Neisser, confirmée plus tard de tous les côtés et qui a fait l'objet de nombreux travaux.

Les bacilles de la lèpre (fig. 56) représentent des bâtonnets. Ils sont grêles, souvent réduits à leurs extrémités; leur longueur est celle du diamètre d'un corpuscule rouge du sang et ils sont disposés en séries peu étendues; on les trouve généralement en groupes formant des fais-

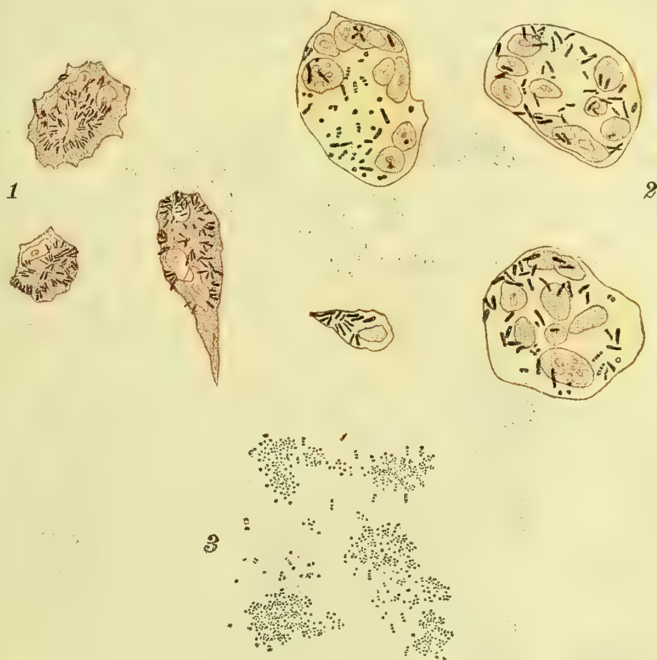


Fig. 56.

Bacille de la lèpre.

Bacilles provenant d'une nodosité de la peau d'un malade originaire de l'île Ionienne, Cerigo (excisée sur le vivant), colorée par le violet de gentiane: 1. cellules lépreuses contenant des bacilles; 2. cellules géantes avec des bacilles; 3. groupes de bacilles libres et de spores.

ceaux, dans les grosses cellules lépreuses et dans des cellules géantes, rarement dans les espaces intercellulaires.

Unna seul croit avoir démontré, à l'aide d'un mode spécial de préparation (dessiccation), que les bacilles ne se trouvent ni dans les cellules de Virchow, ni dans les cellules géantes, ni même en général dans des cellules, mais sont libres dans les espaces lymphatiques, opinion contre laquelle s'élèvent tous les autres auteurs (Touton, Neisser, Hansen, Melcher et Ortmann, Leloir, etc.), qui soutiennent avec raison la nature cellulaire des parties qui abritent principalement les bacilles (fig. 1 et 2



Fig. 57.

Coupe d'une nodosité lépreuse excisée sur le vivant.

(Préparation par la solution de Flemming, décoloration par la méthode de Gram, coloration des noyaux avec la safranine, des bacilles avec le violet de gentiane). — *a* épiderme. — *b* couche sous-papillaire du chorion, indemne d'infiltration cellulaire, avec des espaces lymphatiques élargis, ainsi que le tissu de la nodosité. — *cc* vaisseaux sanguins. Dans le district de la nodosité, *cd* cellules (dans le dessin on n'en a reproduit que la plus petite portion) et nombreuses cellules géantes avec bacilles.

et fig. 57). D'autre part, il y a incontestablement aussi de ces microphytes libres dans les espaces lymphatiques.

Lutz, Touton, Unna et Lustgarten (1) ont montré, d'après différentes méthodes, que les bacilles de la lèpre présentaient une structure moniliforme, comme antérieurement Schrön et Voltolini pour le bacille de la tuberculose. Lustgarten laissait dans de l'acide chromique à 0,2 p. 100, pendant vingt-quatre heures, des fragments de nodosités récemment excisées et les traitait ensuite de la manière ordinaire, figure 56,3.

On a constaté, comme dans les nodosités de la peau et des nerfs, la présence des bacilles dans les infiltrats lépreux des testicules, des glandes, du foie, de la rate, de la cornée, rarement dans le sang.

Or, si l'on tient compte des nombreux exemples déjà cités, de sujets originaires de pays non lépreux, et atteints, dans des pays à lèpre, de lèpre non héréditaire ; du développement épidémique de la lèpre dans l'Amérique du Nord, aux îles Sandwich et dans d'autres régions ; enfin de la présence constante et démontrée du bacille dans la lèpre; on comprendra que beaucoup de pathologistes considèrent actuellement la lèpre non seulement comme une maladie bacillaire, partant comme une maladie infectieuse spécifique, mais la regardent en même temps comme contagieuse. Par conséquent, la lèpre serait transmissible d'individu à individu et ne pourrait être acquise que par contagion directe (2).

Mais c'est là un point qui exige une étude plus attentive.

Les expériences sur les animaux ne sont pas jusqu'à présent favorables à la transmissibilité de la lèpre. Köbner a inoculé sans succès, ainsi que Campana et Thin, à des animaux à sang froid ou chaud, des cultures pures de bacille. Des nodosités inflammatoires circonscrites avec contenu bacillaire ont été obtenues grâce à l'introduction de fragments de tissu lépreux par Neisser sous la peau de lapins, par Damsch dans la cavité abdominale de chiens, Bizzozero en inoculant la cornée, en provoquant une kératite et en maintenant la vie des micro-organismes pendant deux mois durant, a produit des inflammations ana-

---

(1) Cf. Leloir, Cornil et Babès, etc., *loc. cit.* E. B. — A. D.

(2) *Personne* ne dit cela; la contagion peut être *indirecte* sans cesser d'être; il est des maladies contagieuses — la pelade, etc. — dans lesquelles le mode *habituel* de la transmission est *médiat*. La question de la contagion de la lèpre est tellement obscurcie par l'*argumentation* passionnée des anticontagionnistes, aussi bien et plus encore que par celles des contagionnistes, qu'il est indispensable de ne laisser introduire aucune ambiguïté.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

logues, ainsi que Campana, même au moyen de bacilles lépreux atrophiés — mais aucun de ces auteurs n'a constaté une infection générale.

Sans doute ces faits ne prouvent nullement la non-contagiosité. Car les animaux peuvent être en somme réfractaires à la lèpre, comme ils le sont à d'autres maladies de l'organisme humain, par exemple à la syphilis (1).

Mais même la transmission expérimentale à l'homme par Arning n'a donné jusqu'à présent que des résultats négatifs (2). Jusqu'à ce jour, il n'existe qu'un fait positif de transmission directe de la lèpre. Le Dr Hawtrey Benson, de Dublin, a présenté, en 1872, un homme qui n'avait jamais quitté l'Irlande et qui, après s'être servi du lit et des vêtements de son frère revenu lépreux des Indes orientales dans son pays, fut atteint de la lèpre et succomba. Toutefois j'ignore quels furent, chez ce malade, les symptômes spéciaux.

On ne connaît pas, en ce qui concerne la lèpre, d'autres cas incontestables de transmission. Même Armauer Hansen n'en signale aucun, pas plus que Boeck et Danielssen. Si des personnes incontestablement issues de familles non lépreuses ont contracté cette affection dans des pays à lèpre, jamais personne cependant n'a pu indiquer l'individu qui les a contagionnées. Il est vrai que la longue incubation que l'on admet pour la lèpre et qui est invoquée même par les partisans de l'hérédité est ici un obstacle. Le vieux Boeck s'est même plusieurs fois rendu en Amérique pour rechercher les émigrants provenant de familles lépreuses, ce qui lui a permis de constater que beaucoup d'entre eux étaient devenus lépreux après plusieurs années de séjour dans ce pays.

Or si une longue incubation (3) était la règle, on ne comprendrait

---

(1) La forme dubitative n'exprime pas ici suffisamment la réalité des choses ; on peut l'affirmer, *la lèpre n'a pas d'animal réactif.* L'homme, on ne le remarque pas assez, offre un terrain de culture propre au développement de presque tous les germes pathogènes ; il n'en est pas de même de l'animal, lequel est réfractaire à toute une série de virus *humains*, qui peuvent être pour lui toxiques ou septiques, non virulents. Si la lèpre et la syphilis étaient inoculables aux animaux, il y a de nombreux siècles que cette transmission serait effectuée ; on n'inocule aux animaux que les maladies qui leur appartiennent, la tuberculose, par exemple, qui est à eux de toute éternité ; toutes les tentatives d'inoculation de la syphilis, ou de la lèpre, aux animaux, sont frappées d'avance de nullité. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Ainsi que nous l'avons dit, — p. 522, — il faut abandonner ce thème ; le *convict* nommé Keanu, inoculé par ARNING, est devenu lépreux. E. B. — A. D.

(3) Il y a ici une ambiguïté contre laquelle nous avons plusieurs fois protesté : l'*incubation* d'un *élément germinatif* est toujours sensiblement

plus du tout une propagation par contagion avec une extension comme celle qui a eu lieu aux îles Sandwich dans le court laps de temps de vingt ans. Mais il y a encore d'autres expériences qui s'élèvent contre la contagiosité de la lèpre ou qui la rendent invraisemblable.

Bœck et Danielssen rapportent des exemples d'époux, dont l'un était lépreux et dont l'autre, malgré la cohabitation régulière pendant des dizaines d'années (*sensu stricto*), ne fut pas infecté (1). Les renseignements fournis sur ce point par un observateur récent (1885), le prof. Baelz, du Japon (Tokio), sont encore plus intéressants et plus exacts.

Au Japon, où la lèpre est excessivement répandue, elle se manifeste

---

égale à elle-même ; dans la lèpre, sa *durée* est *inconnue*. Ce que l'auteur appelle « *incubation* » ne mérite pas cette dénomination ; c'est simplement la période de sommeil du germe, l'état de *microbisme inerte*, dont la durée est *illimitée*, aussi bien dans la lèpre que dans la tuberculose, aussi bien pour les bactéries que pour un grain de blé, et qui peut être très courte, ou durer aussi longtemps que l'individu qui le recèle, au gré des circonstances qui favorisent, retardent, ou empêchent la *germination* de l'élément bacillaire. L'*incubation vraie* ne commence qu'au moment où la graine, ou le bacille, ayant été placés dans les conditions favorables, s'ouvre la période de *germination* à laquelle succède la *floraison* à la surface. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Ce sont les faits *négatifs*, de cet ordre, qui ont le plus contribué à répandre l'opinion que la lèpre n'est pas contagieuse ; mais c'est aussi la mise en évidence la plus claire et la plus caractéristique de l'*éventualité* de la contagion lépreuse, qu'il ne faut pas confondre avec sa nullité. La question est beaucoup plus complexe qu'on ne l'a pensé : tout à l'heure, à propos de l'hérédité, nous montrions qu'il semble y avoir pour la lèpre conceptionnelle chez la femme, une immunité apparente, de la nature de celle qu'on l'on connaît en syphiliologie sous le nom de *loi de* COLLES ; d'autre part, on voudra bien remarquer que la même objection pourrait être opposée à la contagiosité de la tuberculose, et que cela suffit à en détruire la valeur absolue.

En fait, cette immunité est loin d'être constante ; on possède des observations récentes de contagion conjugale ; VIDAL, *loc. infr. cit.*, en a cité d'authentiques, et LELOIR, après avoir indiqué les sources où l'on peut en recueillir, en a rapporté lui-même trois observations nouvelles (*Traité*, p. 302, 303) à ce point probantes qu'elles serviraient, à elles seules, à établir la contagiosité de la lèpre.

Ce qui a jusqu'à présent *égaré* les observateurs sur cette question, c'est la valeur systématique accordée à l'hérédité lépreuse. Que l'on fasse l'enquête à nouveau, avec une connaissance suffisante des éléments de la question à résoudre, et ces faits que l'on considérait comme nuls ou rares, apparaîtront avec un degré de fréquence suffisant pour entraîner toutes les convictions.

Donc, en principe, et en fait, théoriquement et nosologiquement, cette objection est sans valeur. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

cependant bien plus fréquemment à la campagne (dans le sud, d'après le Dr Sato, il y a plus d'habitants des villes qui en sont atteints) que dans la population compacte des villes; les individus couchent tous ensemble, dans les prisons, parmi eux beaucoup ont des excoriations, ils sont tout près les uns des autres, nus sous une couverture, sans qu'on ait observé de cas de contagion.

Dans les hôpitaux, les lépreux sont de temps immémorial confondus avec les autres malades ; jamais une infirmière ni un malade n'a contracté la lèpre. Un médecin indigène reçoit dans sa famille constamment trente lépreux en traitement particulier — tout le monde va et vient, mange ensemble — personne ne croit à la contagiosité de la maladie et on ne craint pas le contact des lépreux (1).

Même le dernier rapport officiel (1886) sur la lèpre à Hawaii n'est pas favorable à l'opinion de la contagiosité, et le rapporteur Gibson

(1) Cela est vraiment bien extraordinaire pour un pays qui est un foyer de lèpre inextinguible, et cela mériterait de faire l'objet d'une enquête confirmative assez authentique pour ne laisser subsister aucun doute. Si cela est réel, il faut supposer l'existence de quelque circonstance locale particulière, telle que la pratique habituelle des ablutions, etc., s'opposant à la transmission, ou admettre des conditions d'*immunité* individuelle que nous ne comprenons pas. Tout cela a besoin d'être vérifié par des médecins compétents, et établi sur des documents nouveaux.

Quant à cette proposition que les médecins, gardes-malades, etc., ne prennent pas la lèpre des lépreux auxquels ils donnent leurs soins, elle ne saurait absolument pas être généralisée, en présence de l'observation des malheureuses filles de charité qui nous reviennent lépreuses, de l'admirable frère Damien, etc., victimes de leur dévouement sublime, et en présence des observations de médecins lépreux qui ont été produites. Faut-il aussi ajouter que 9 à 10 p. 100 des individus employés dans la léproserie de Molokai deviennent lépreux, et qu'au recensement de 1884, sur 943 lépreux, 52 employés à titre divers avaient contracté la maladie depuis leur entrée à la léproserie — Voy. *Appendix, loc. cit.* ; Voy. aussi H. de Varigny, La lèpre aux îles Hawaii, *Revue scientifique*, 16 juill et 1887 ; anal., par Thibierge, *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, sept. 1887, etc., etc.

Ce qui est la vérité, c'est que, pour la lèpre comme pour beaucoup d'autres maladies, l'éventualité de la contagion des malades aux médecins, infirmiers, gardes-malades, est très faible dans les conditions ordinaires de l'existence, et cela non seulement pour la tuberculose que nous pourrions légitimement invoquer, mais même pour la syphilis.

Voyez à Paris nos grands hôpitaux spéciaux, le Midi, Lourcine, Saint-Louis ; chaque jour, nous y manions — le mot est littéral — l'agent contagieux de la syphilis, et cependant, la syphilis n'ayant qu'un mode ordinaire de transmissibilité, l'inoculation, les conditions de cette con-

s'exprime nettement dans ce sens (1). L'infection de la population par deux Chinois (Hillebrand) apparaît comme un mythe et la diminution des cas de lèpre à la suite de l'isolement des malades comme très illusoire. C'est aussi l'opinion de Hirsch.

---

tagion se réalisent si rarement que les exceptions, quelque déplorables qu'elles soient, demeurent fort rares. Voilà vingt années bientôt que nous observons très attentivement ce sujet à l'hôpital Saint-Louis, et, dans le cercle de notre observation personnelle, il n'y a qu'un seul cas de contagion hospitalière de la syphilis aux médecins, religieuses, élèves, infirmiers ou employés.

Comment s'étonner, après cela, que quelques rares lépreux disséminés dans un grand hôpital, ou dans une grande ville, n'aient pas communiqué leur maladie, dont l'aspect repoussant n'engage pas aux contacts prolongés.

Les grandes villes, les grands hôpitaux, sont peu favorables à la multiplication et à la germination de l'élément lépreux; en effet, on y observe autant que possible les lois de l'hygiène; la balnéation et les lavages s'y pratiquent largement; l'œil du médecin intervient régulièrement; la promiscuité y est réduite au minimum, car les lépreux dont il s'agit sont des lépreux confirmés, suffisamment reconnaissables pour qu'il n'y ait rien à redouter des contacts. C'est absolument le contrepied et l'envers de ce qui se passe dans les pays lépreux, et dans tous les points où il se forme des foyers, le Japon excepté jusqu'à plus ample information.

Ernest Besnier — A. Doyon.

(1) Il n'y a aucune contestation à élever à l'égard de ces deux faits : 1° *le développement de la lèpre aux îles Sandwich date du milieu de ce siècle;* 2° *il a coïncidé avec l'immigration chinoise.*

C'est personnellement que nous avons procédé au long et laborieux dépouillement de tous les documents auxquels le professeur Kaposi fait allusion, et notre jugement n'est pas conforme au sien :

Sir Walter M. Gibson n'a fourni *aucun fait* précis à l'appui de l'existence ancienne de la lèpre aux îles, et il est tout à fait INACCEPTABLE de dire avec l'auteur « *que l'accroissement en apparence si rapide aux îles Sandwich s'explique simplement par la recherche systématique, dans ces dernières années, des malades existants* », car cet « accroissement » est *une effroyable épidémie.* Dans la première moitié de ce siècle, la lèpre, qu'elle eût existé ou non avant, était devenue *si rare* que les médecins exerçant à cette époque n'en connaissaient pas l'existence. Après 1850, se place le développement de l'épidémie actuelle, et cela sans contestation possible.

La *coïncidence* de cette explosion avec l'arrivée des Chinois est également hors de contestation, et c'est sous le nom de *mal chinois* (Mai Pake, *or chinese sickness*, Gibson, *loc. cit.*, p. 9), que les indigènes désignent la lèpre. Mais quel que soit l'intérêt de ce point particulier, sa vérification est sans valeur pour la question en litige, et nous ne faisons aucune difficulté de déclarer qu'il est difficile d'aller au delà de la

L'accroissement en apparence si rapide de la lèpre aux îles Sandwich s'explique simplement par la recherche systématique, dans les dernières années, des malades existants. On pourrait expliquer autrement que par l'isolement la réduction qu'on observe dans les cas de lèpre là où les malades sont isolés, comme en Norvège, où les lépreux ont diminué des cinq sixièmes durant une période de dix ans (Hansen). Il en est de même à Curaçao, où les malades sont confinés dans des asiles (léproseries), tandis qu'à la Trinidad, située dans le voisinage, la lèpre, dit-on, persiste.

Toutes les expériences indiquent que la lèpre, quoique provenant,

---

constatation de cette coïncidence. Toute vraisemblable que soit la version qui attribue aux Chinois en général, et au Chinois Ahia en particulier, l'origine actuelle de la lèpre du royaume hawaiien, la démonstration irréfragable n'en a pas encore été donnée.

Il reste seulement, dans les légendes locales, de véritables raisons de supposer que la maladie, au milieu de ce siècle ou à la fin du précédent, a eu une source chinoise, 1787 : « *the warrior chief* Keawe Kaiana-a-Ahuula *when he made his voyage with captain* Meares, » en 1848, le Chinois Ahia, à supposer qu'elle n'y eût pas déjà été antérieurement importée. Mais certainement, à aucune époque dans le passé, elle n'avait pris les proportions de l'épidémie actuelle.

Le lecteur qui ne pourra pas consacrer autant de temps que nous l'avons fait à cette enquête, trouvera, dans le rapport du Dr Arthur Mouritz — *Appendix* K., *Report of Dr Arthur Mouritz, resident physician and medical superintendant at the Leper Settlement*, Molokai, February 1886, p. LXXIII et suiv. — un résumé très clair et paraissant offrir toutes les garanties d'authenticité, en même temps que d'indépendance médicale, de l'état de la question. Nous ajouterons seulement que Arning, qui a étudié la question sur les lieux et qui y a recherché la lèpre jusque sur les ossements des anciens Hawaiiens, reste partisan de la nouveauté de la lèpre aux îles, et qu'il a renouvelé l'expression de sa conviction à cet égard au Congrès de Berlin en 1890.

En fait, d'ailleurs, alors même que la présence des lépreux aux îles dans les temps passés serait prouvée sans réplique, cela ne démontrerait pas que la grande explosion épidémique actuelle n'est pas due à une importation de *germes nouveaux*. L'histoire des épidémies montre en toute évidence la réalité des importations successives ou réimportations, dans un même lieu, d'une même maladie, *sous une forme suractivée*, alors même que cette maladie y avait déjà existé, ou y était restée à l'état endémique, et l'arrivée aux îles Sandwich de lépreux non indigènes aurait parfaitement pu créer un foyer épidémique nouveau, alors même qu'il y aurait eu antérieurement des lépreux dans les îles.

Présente, ou passée, l'existence du choléra, de la variole, de la peste, etc., etc., dans une région, n'a jamais empêché la réimportation de germes nouveaux auxquels sont dues les exacerbations épidémiques, *véritable reviviscence des germes par rénovation.* Chaque maladie, même la plus contagieuse, subit les plus extrêmes *variations* de son

selon les plus grandes probabilités, d'une infection bacillaire, n'est pas, ou toutefois n'est que dans des circonstances tout à fait spéciales et rares, une affection transmissible.

Or, il ne faut pas méconnaître que la nature bacillaire d'une maladie n'implique pas nécessairement qu'elle soit contagieuse et que infectiosité et contagiosité sont deux notions qui ne sont pas absolument identiques. Je veux citer un exemple très évident. Le pityriasis versicolore est incontestablement une dermatomycose. Les champignons sont placés, en masse et à la surface, sur des points où on peut les saisir et les détacher par le grattage. Cependant aucun clinicien ne décrira le pityriasis ver-

---

pouvoir transmissible dans les divers pays, sur les différentes races et dans les mêmes régions, ou chez les mêmes peuples, aux époques différentes. Nous nous sommes appliqué, pendant un grand nombre d'années, à établir tous ces faits pour l'épidémiologie parisienne, montrant, par exemple, la variole alternativement féconde ou stérile dans le même lieu, ou la scarlatine relativement stérile à Paris, alors qu'elle possède à Londres une extrême fécondité, etc.

Quand il s'agit des affections que nous venons d'indiquer, aiguës dans leur marche, foudroyantes dans leurs paroxysmes, chacun peut aisément en constater les alternances, et reconnaître d'où viennent les importations nouvelles, l'effet suivant, la cause à bref délai, et les malades importateurs étant, le plus ordinairement, encore vivants ou présents au moment où la maladie importée éclate. Mais pour les épidémies lépreuses, dont la marche, au début, est assez lente pour que plusieurs années séparent, parfois, la manifestation des premiers cas produits, de la constatation des premiers accidents chez l'importateur, la question est autrement compliquée et difficile à résoudre.

D'autre part, les maladies séculaires comme la lèpre subissent parfois, en dehors de toute cause connue, des *affaissements* dont la durée et le degré sont tels que la maladie, devenue rare, fruste, plus ou moins bénigne, cesse d'être reconnue. C'est en présence d'un phénomène de ce genre, que le *retour* des croisés en Europe donna lieu à une explosion nouvelle et violente de la lèpre dans toute la chrétienté, au moment précis où elle commençait à disparaître de l'Europe centrale. Le cas est exactement le même pour les îles Sandwich, où il y avait déjà eu, très vraisemblablement, des lépreux dans le passé, mais où, avant l'arrivée des Chinois, *importateurs de germes nouveaux*, la lèpre était devenue si rare que les médecins européens, qui y exerçaient à cette époque, n'en connaissaient pas l'existence.

Tel était, peut-être, le cas pour la syphilis en Europe, au moment des grands mouvements de peuples, et des importations d'outre-mer qui ont coïncidé avec la grande explosion épidémique du XVe siècle; c'est sur ce terrain, peut-être, que pourra se faire la conciliation entre les partisans de l'origine ancienne, et les partisans de l'origine moderne de la syphilis.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

sicolore comme une maladie contagieuse (1), car c'est à peine si l'on connaît des cas de transmission.

Mais c'est un devoir pour nous, médecins, de prendre position dans cette question de la contagiosité de la lèpre, car il s'agit ici de savoir si les individus atteints de lèpre doivent être, comme au Moyen âge, dans l'intérêt de la protection de leurs semblables, éloignés de la famille et de la société humaine et isolés (2).

A cette question, nous devons répondre négativement. La lèpre est vraisemblablement transmissible dans des conditions particulières, mais à coup sûr bien plus difficilement que la syphilis, et on doit, dans ces cas, supposer une introduction directe et répétée de produits lépreux au moyen d'un contact intime ou de mise à nu du derme.

Il y aurait encore là à examiner avec soin et peut-être à admettre une disposition héréditaire pour la réceptivité du virus, ce qui expliquerait la fréquence incontestable de la lèpre dans certaines familles; si l'on considère, d'autre part, que dans plusieurs localités tous les mariages sont consanguins, cela expliquerait aussi quelques endémies de lèpre, ainsi que l'extinction par la claustration hospitalière (3).

---

(1) La contagiosité, c'est-à-dire la possibilité de la transmission par contact d'une maladie, ne se mesure pas au nombre des cas, ni à la facilité de cette transmission. Elle existe, ou non. Or, elle existe pour le pityriasis versicolore ; donc l'affection *est contagieuse*. Ce que le *clinicien* peut ajouter, c'est que cette contagiosité *semble* plus souvent médiate qu'immédiate, qu'elle réclame pour s'exercer des conditions encore mal connues, mais il n'a aucun droit de la déclarer non contagieuse. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Les conditions sociales et humanitaires du XIXe siècle sont tellement différentes de celles de tous les siècles antérieurs, qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre le présent et le passé à l'égard des mesures d'isolement. Au Moyen âge, on a fait ce que la conscience des chefs de peuples comprenait, et jugeait utile ; on a exécuté cruellement, et souvent à faux ; mais, en somme, c'est vraisemblablement (pour nous certainement) à ces mesures de salut public, que l'Europe centrale doit d'avoir extirpé la lèpre de son territoire.

Aujourd'hui, il faut mettre les moyens de protection, et les nécessités de la santé publique, en harmonie avec les sentiments d'humanité qui font la gloire la plus pure de notre époque.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(3) La question de la *contagiosité de la lèpre* est, en principe, indépendante des questions accessoires de la *prédisposition héréditaire* et des *mariages consanguins*. Il n'y a là rien de spécial à la lèpre, chacun sait que cette prédisposition, basée sur des conditions constitutionnelles de l'individu, existe pour la plupart des maladies. Il en est de même pour

Suite de la note des Traducteurs.

les *races :* A Constantinople, Zambaco a constaté que c'est la nation juive qui fournit le plus grand nombre de lépreux ; la même proposition pourrait s'appliquer à la presque totalité des dermatoses ; il faut peu d'années d'exercice spécial de la dermatologie à Paris pour savoir l'extrême prédisposition de la race juive à toutes les dermopathies, et, d'autre part, les annales de l'histoire des populations israélites, à toutes les époques, en témoignent amplement.

Mais quand les individus cohabitent dès leur naissance avec des parents lépreux, ils ont, de par ce *fait matériel* de la promiscuité lépreuse, des raisons assez *sérieuses* de contracter la lèpre, sans qu'il soit besoin d'invoquer d'autres circonstances dont l'action peut être adjuvante, mais ne saurait être comparée, en importance, avec celles qui éclatent aux yeux — Voy. sur l'ensemble de la question, et pour le débat contradictoire :

E. Baelz; E. Burow; P.-G. Unna; A. Wolff, Leprastudien, 1885, *Monatsh. f. prak. Dermat.;* Leloir, Traité cité.

Constantin Paul — Rapp. s. un Mém. de Zambaco, intitulé : De la lèpre observée à Constantinople, *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1885, 3e série, T. XIV, p. 966; E. Vidal — S. la contagiosité de la Lèpre, *eod. loc.*, p. 1369; Le Roy de Méricourt — S. la contagiosité de la Lèpre, *eod. loc.*, p. 1396 ; E. Besnier — De la Lèpre, Nature, origines et transmissibilité ; modes de propagation et de transmission, même recueil, 2e série, T. XVIII, 1886, p. 457 ; Le Roy de Méricourt — La Lèpre, *eod. loc.*, T. XIX, 1888, p. 647, 684; E. Vidal — Sur la Lèpre, *eod. loc.*, p. 888; Hardy — De la Lèpre, *eod. loc.*, p. 929; L. Brocq — La discussion sur la contagiosité de la lèpre à l'Acad. de Méd., *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IX, 1888, pp. 536, 648; Zambaco — La Lèpre en Turquie, *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 3e série, T. XXII, p. 148; etc., etc., et *Congrès de Dermat.* de Paris, 1889; *Congrès internat.* de Berlin en 1890, *loc. sup. cit.*, etc., etc.; et, pour la bibliographie la plus récente, *Journal of the Leprosy investigation Comittee*, London, 1890.

La question entière de la *contagion* de la lèpre, pour être traitée complètement, demanderait des développements très étendus; nous allons réduire l'exposé que nous en donnons au plus strict nécessaire, en y ajoutant comme corollaire, un aperçu sur la *prophylaxie publique et privée.*

APPENDICE DES TRADUCTEURS

§ 1er. — Transmissibilité de la lèpre.

Dans les temps anciens, au moyen âge, et jusqu'à l'époque moderne, le danger du contact entre le lépreux et l'homme sain n'a jamais été contesté; mais au commencement de ce siècle, l'abandon de la notion de spécificité des maladies, et la contemplation des faits négatifs, vinrent ébranler la croyance à la contagiosité de la lèpre, et préparer les esprits à acccepter sans contrôle et sans critique les conclusions anti-contagionnistes des auteurs scandinaves, — Danielssen et Bœck, — plus tard appuyées du prestige et de l'autorité du nom de Virchow.

Mais, au moment même où cette conception nouvelle d'une lèpre non contagieuse se propageait avec la rapidité propre aux grandes erreurs, on vit clairement, sous l'action du transport par les hommes, se produire, vers le milieu du siècle, une série de foyers lépreux absolument nouveaux ou énergiquement renouvelés, et à développement très rapide ; et l'on en constate encore à présent. — Voy. Sir Morel Mackenzie, The dreadful revival of Leprosy, *The nineteenth Century*, 1889, p. 925.

Aujourd'hui, si on veut se représenter au point réel ce que peut être le mode contagieux de la lèpre, il ne faut pas songer à la contagion des maladies virulentes *aiguës*, telles que la variole, dans laquelle les phénomènes sont bruyants et se succèdent avec rapidité; telles encore que la syphilis dans laquelle il y a un accident primitif grossier, une incubation à durée connue, et des signes secondaires à profusion, mais il faut se reporter à la contagiosité *occulte* des maladies à longue portée à incubation inconnue, et à évolution irrégulière, telles que la tuberculose.

Pas plus que cette dernière, la lèpre n'est constamment et en toutes circonstances contagieuse et féconde; avec quelque profusion qu'ils soient semés et disséminés, les germes de l'une et de l'autre maladie réclament, pour fructifier, des conditions qui font souvent défaut; et, pour la lèpre, *elle ne fait foyer* que là où elle trouve réunies toutes ces conditions. Parmi celles que nous connaissons, il faut placer au premier rang toutes les défectuosités individuelles et sociales, la promiscuité sordide et misérable, *le contact humain trop étroit*. C'est pourquoi, dans les pays depuis longtemps constitués, à civilisation avancée ou complète, et dans lesquels il y a une hygiène et une police médicales, le lépreux ne forme pas foyer, la maladie reste stérile, ne s'étend pas en dehors des contacts immédiats, et la contagiosité s'abaisse au point de devenir absolument exceptionnelle.

Cependant, cette contagiosité peut s'exercer en tout lieu.

En 1872, le Dr Hawtrey Benson (*Dublin Journ. of med. Sc.*, juin 1877) montra à la Société de médecine de Dublin un Irlandais lépreux, ayant contracté la maladie aux Indes, où il avait séjourné vingt-deux ans.

Pendant un an et demi, le frère de cet homme, qui n'avait quitté l'Irlande que pour un voyage en Angleterre quarante-six ans auparavant, coucha dans le même lit et porta ses vêtements; il devint lépreux et fut présenté à la même Société de médecine. Il n'y avait pas de lépreux dans la famille, et il n'y a plus de lèpre dans les Iles-Britanniques depuis plusieurs siècles.

Des faits aussi nets, observés hors des pays lépreux, ne sont assurément pas fréquents, parce que les conditions dans lesquelles ils peuvent être rencontrés sont elles-mêmes exceptionnelles ; mais quand ils sont constatés avec une semblable précision, et avec une pareille authenticité, nous nous demandons comment on peut arriver à ne pas les comprendre.

Et cela d'autant mieux que ce qui est rare en pays non lépreux abonde au contraire dans les pays lépreux. En 1886, Edv. Kaurin, de Molde,

— *Fidskrift for praktisk medicin*, n° 23, 1er décembre 1886, Un cas de lèpre, contagion probable. Trad. franç., *in Ann. de Dermat.*, 2e série, T. VII, n° 2, p. 92 — jusque-là hésitant sur la contagiosité de la lèpre, écrit : « Plus je m'occupe de la lèpre, plus je l'observe, plus aussi il m'apparaît évident que la maladie est transmissible d'un individu à un autre (*... the longer I am occupied with leprosy, the more clinic observations as I get, wich peremptorily seem to advocate the ability of the sickness to be transported from one individual to another*). » Il rapporte le fait d'un enfant dont les parents et les grands-parents étaient exempts de la lèpre, et qui avait quatre frères ou sœurs. Seul de ces enfants, le jeune sujet était le favori d'un lépreux, frère du grand-père de l'enfant, et seul des frères et sœurs il couchait fréquemment dans son lit. Seul il a été atteint de la lèpre, dont les premières marques ont paru sur la hanche. Y a-t-il vraiment à hésiter entre l'hérédité latérale qui serait attribuée à un aïeul, supposé de troisième génération, et la promiscuité d'un jeune enfant qui partage le lit d'un misérable lépreux couvert d'ulcères, lit formé de foin à moitié pourri, et ayant pour toute couverture des taies d'oreillers sordides et de vieux jupons ou autres haillons ne servant pas dans la journée. Avec les années, les convictions du savant médecin de l'hôpital et de la léproserie de Reknæs n'ont fait que s'affirmer, et il écrit : « I, for my part, am convinced that it is very seldom that we cannot trace to have had intercourse with others lepers » — Edv. Kaurin, Notes on the etiology of Leprosy, London, 1890, p. 7, extrait du mémoire publié en nov. 1890, Betragtninger of Iagttagelser over Spedalskhedens Aarsagsforhold, published in the *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, nos 3, 5, 6.

Ces conditions de *promiscuité misérable* sont précisément celles que l'on trouve en Chine et au Japon, aux îles océaniennes, et dans lesquelles tous les auteurs, Leloir en particulier, montrent jusqu'à surabondance la manière dont se forment les foyers lépreux, dans tous les points où l'hygiène fait absolument défaut. Cela ne veut pas dire que les « riches », ceux qui observent moins incomplètement les lois de l'hygiène, soient absolument à l'abri ; nous voyons chaque année à Paris des lépreux qui appartiennent aux classes élevées de la société ; nos religieuses, qui vont prendre la lèpre à Rio-de-Janeiro, à Batavia, à Madagascar, ou ailleurs, en témoignent hautement ; aussi l'on ne peut pas dire de la lèpre, ce qu'on dit de la pellagre, que c'est absolument une maladie de misère. Pour nos religieuses hospitalières, et nos sœurs de charité, il n'est pas malaisé de trouver la source probable de la contagion dans les services hospitaliers ou dans les visites aux malheureux — Voy. Halm, *Thèse de Nancy*, 1882, le cas d'une religieuse ayant contracté la lèpre par piqûre au doigt, en raccommodant des vêtements de lépreux, etc., etc. Mais, pour les autres, l'origine est plus obscure, car le contact est souvent si éloigné qu'il défie toute enquête rétrospective ; cependant, *dans les foyers lépreux*, les causes de contamination se trouvent *partout*, souvent absolument à l'état latent ou larvé, et et entrent très fréquemment en acte, grâce à la promiscuité avec les esclaves ou les serviteurs familiers, et à la liberté, plus grande qu'en Europe, des rapports extra-conjugaux.

II

Le *mode éventuel* de la contagion lépreuse, les cas nombreux dans lesquels elle ne s'opère pas malgré le contact entre le lépreux et l'individu sain, aussi flagrant et aussi complet qu'on voudra le supposer, ont vivement frappé plusieurs observateurs, et bien que des phénomènes négatifs du même ordre s'observent dans d'autres maladies, dans la tuberculose, par exemple, les ont amenés à oublier ou à méconnaître les *faits positifs* de transmission, et à nier la contagiosité de la lèpre sur la seule considération des faits négatifs. Force nous est donc de nous arrêter et d'examiner la question.

En principe, les faits *négatifs* pourraient être déclinés pour deux raisons, la première parce qu'une maladie peut être contagieuse sans l'être nécessairement et fatalement pour tout le monde, la seconde parce qu'ils ne sauraient infirmer les faits *positifs* qui établissent la transmissibilité de cette maladie.

Pour établir la notion droite de la contagiosité lépreuse, on doit remarquer que, dans les diverses maladies transmissibles, loin d'être unique et univoque, le *mode contagieux* varie, au contraire, dans les limites les plus étendues, lesquelles dépassent, de fort loin, le cercle étroit du type classique de la maladie clairement et inévitablement contagieuse, comme la syphilis ou la variole. Il y a toute une série de maladies très diverses, la fièvre typhoïde, la tuberculose, l'érysipèle, etc., dont la contagiosité, aujourd'hui certaine, est restée longtemps ignorée et contestée, et l'est peut-être encore, par cela seulement qu'elles ne rentrent pas dans le schème rudimentaire de la contagion classique. En réalité, la lèpre, comme la tuberculose, est, *ou n'est pas*, contagieuse selon certaines conditions dont quelques-unes seulement, non toutes, sont connues; dans les deux maladies, la contagiosité est parfois déplorablement active, tandis que d'autres fois elle reste *énigmatique*, douteuse ou nulle. Cela n'empêche pas de reconnaître que la tuberculose est ou peut être contagieuse. De même en doit-il être pour la lèpre ?

Si, maintenant, passant des faits individuels aux agglomérations de faits, on étudie le développement des nouveaux foyers contemporains d'Europe ou d'outre-mer, on voit, jusqu'à la dernière évidence, la maladie se transmettre des individus malades aux individus sains, comme dans l'épidémie de la province d'Alicante — Voy. E. Besnier, *loc. sup. cit.* — du Cap-Breton et de la Louisiane, White, The question of contagion in Leprosy, *Amer. Journ. of med. Sc.*, oct. 1882 — des îles Sandwich — Voy. plus haut, p. 54, note 1 — etc., et L. Brocq, La lèpre doit-elle être considérée comme une affection contagieuse? *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 2e série, T. VI, 1885, p. 650 et 721.

III

La lèpre n'a pas plusieurs origines ; elle provient exclusivement du lépreux comme la syphilis provient exclusivement du syphilitique. En

tout lieu, le lépreux peut contaminer ceux qui vivent avec lui, et le lépreux peut en tout pays importer la lèpre dans certaines conditions hygiéniques et sociales, dont le rôle est tout-puissant. Certains climats, certaines races, certaines régions présentent, il est vrai, une aptitude particulière à la germination de l'agent lépreux, pendant que d'autres semblent être plus ou moins réfractaires, ainsi qu'il en est pour un grand nombre de maladies; mais nulle race, nul individu, nul pays ne comportent d'immunité absolue.

Dans les pays à lèpre, ce qui fait le pays lépreux, ce n'est pas le sol comme dans la malaria, ou les eaux comme dans une série de maladies infectieuses, ni les aliments altérés ou la misère comme dans le lathyrisme ou la pellagre, etc. C'est le lépreux. Alors même qu'il n'y aurait plus d'habitants dans un pays paludéen, ou dans une région cholérigène, un pays à choléra, on y peut sûrement contracter le choléra ou la fièvre intermittente, mais dans les régions abandonnées par les lépreux, jamais on ne contracte la lèpre. Quand un pays quelconque est débarrassé du lépreux, que celui-ci soit séquestré, parti, ou mort, le péril a cessé. Mais qui que vous soyez, si vous allez vivre là où il y a des lépreux en permanence, alors même que vous ne vivriez pas en promiscuité avec des lépreux reconnus, alors même que vous n'y séjourneriez que peu de temps, vous pourrez contracter la lèpre. Si l'on fait, à l'exemple de Lutz, dans un pays à lèpre, le dénombrement des lépreux, on trouve, *proportionnellement*, autant d'étrangers lépreux que d'indigènes, et, pour la région du Brésil où il observe, il indique le nombre de sujets allemands à lui connus qui sont lépreux. La même constatation peut se poursuivre, toutes proportions gardées, dans les léproseries : sur 652 lépreux, par exemple, réunis au 1er avril 1886 à Molokai, il y avait 19 demi-sang, 19 Chinois et 7 étrangers blancs de différentes nationalités.

Nous ne craignons pas d'abuser en multipliant davantage l'expression de cette formule que la lèpre est attachée au lépreux, et que là où les lépreux sont réunis en permanence dans certaines conditions, on peut contracter la lèpre, et qu'on ne la contracte pas ailleurs ni autrement; et nous considérons comme un devoir de ne laisser subsister sur ce point aucune ambiguïté, et de déclarer, de toutes les manières, que la lèpre est une maladie transmissible, et qu'elle provient d'une source unique, le lépreux.

Elle se transporte avec les hommes et en suit les mouvements; l'histoire de la maladie, ses vicissitudes, ses localisations précises dont on peut tracer sur le globe la carte exacte, mettent le fait au-dessus de toute contestation. De l'Inde en Égypte, de l'Égypte en Grèce, en Italie et dans le reste de l'Europe, on peut en marquer les étapes depuis les temps les plus reculés; au moyen âge, au moment même où elle disparaissait de la chrétienté, on la voit réimportée avec le retour des croisés, puis éteinte, de nouveau, par l'isolement et les progrès de la vie sociale, à l'exception de quelques foyers permanents bien spécifiés. Dans la période moderne et contemporaine enfin, d'Europe elle est transportée en Amérique, dans le Sud d'abord, naturellement, avec les premiers colons venus du Portugal, — Voy. Lutz, *loc. cit.*, — pays

lépreux à foyers permanents ; puis dans les États du Nord, surtout sous l'action des immigrants scandinaves, et du flot chinois.

Aujourd'hui encore, à la fin du XIX[e] siècle, pendant que la lèpre s'affaisse lentement, mais graduellement, en Scandinavie sous l'action du progrès de l'hygiène et des améliorations de la vie populaire, il subsiste dans l'Europe méridionale et orientale des foyers de lèpre soit anciens, soit réactivés par des importations nouvelles; un grand nombre de pays d'outre-mer en conservent des centres actifs pendant que l'Asie continue, comme de tout temps, à en entretenir des sources inépuisables.

En résumé, la lèpre, maladie bacillaire, exclusivement humaine, peut être transportée par le lépreux. Là où il n'y a pas d'hommes, et là où il n'y a pas de lépreux, un immigrant ne contractera jamais la lèpre.

Mais dans tous les pays où il y a des lépreux *formant foyer,* surtout si ces foyers sont en *activité*, c'est-à-dire à *virulence marquée par l'extension actuelle,* tout immigrant est exposé, quel qu'il soit, à contracter la lèpre, à quelque race qu'il appartienne.

Sur ce point, nous acceptons de la façon la plus absolue les conclusions de Arning.

« 1° Le *bacille lépreux* est un parasite exclusif à la race humaine;

2° Il peut être transmis directement d'individu à individu;

3° Ou avoir un état d'évolution intermédiaire (*run through a stage of intermediate life*), état sporulaire (*spore condition*), que nous sommes à présent incapables de découvrir, qui peut avoir pour habitat le sol, l'eau ou les aliments, mais qui ne peut y venir que des tissus malades d'un lépreux;

4° Que l'on accepte l'une ou l'autre théorie, la transmission directe ou indirecte, nous devons voir dans tout lépreux, qu'il soit au début ou à une période avancée de la maladie, un dangereux foyer de maladie, puisqu'il multiplie et qu'il nourrit le germe dans ses tissus (*Appendix*, p. XLIII). »

IV

La transmission de la lèpre s'opère-t-elle directement ou indirectement; il est probable, d'après les faits, qu'elle peut se faire par les deux modes, mais nous ne savons lequel est le plus ordinaire.

Si il y a une voie de pénétration spéciale, elle est ignorée; mais la peau, les membranes muqueuses, oculaire, nasale, bucco-pharygienne, peut-être gastro-intestinale, semblent surtout ouvertes à la transmission. Sur la peau, il faut probablement une effraction, l'inoculation, la vaccination, les traumatismes banals, etc., etc. La mention de la probabilité d'une contagion par ce mode est faite par plusieurs observateurs. Chez les lépreux de Constantinople, ZAMBACO — *loc. cit.* — fait remarquer que, « dans l'immense majorité des cas, ce sont les parties exposées aux intempéries des saisons qui sont seules le siège de la lèpre. Même dans les cas rares où elle envahit le tronc, la maladie débute constamment par la face, et par les extrémités des membres. »

De même, en d'autres lieux, et pour l'espèce de lèpre dont Zambaco ne traite pas, la lèpre des nerfs, Lutz, *loc. sup. cit.*, a constaté au Brésil

que la localisation première a presque toujours lieu sur des parties découvertes, exposées aux piqûres d'insectes et autres traumatismes.

Ces faits sont importants à enregistrer et à retenir, non pas qu'ils prouvent *ipso facto* que la maladie a réellement pénétré par le point du tégument où elle débute — les lésions diverses auxquelles sont exposées les *parties découvertes* pourraient être simplement une raison d'appel des premières manifestations — mais c'est là un point à ne pas négliger, et à mettre à l'enquête dans les observations à venir.

Les *organes génitaux*, le gland en particulier, le pourtour des orifices des cavités du corps, selon la remarque d'Arning, *Monatshefte*, 1887, qui sont des sièges de prédilection pour les lésions de la syphilis, sont très rarement atteints par la lèpre.

Quant aux *surfaces muqueuses*, on sait combien sont multipliées, par l'air, l'eau, les aliments, les objets à usage, etc., les contacts contaminants; mais rien de précis ne peut être dit sur les agents *médiats* de transmission — voy. plus haut, note I, p. 527, 528.

V

A la manière de tous les agents pathogènes du même ordre, le bacille lépreux, ou l'agent léprogène qui lui appartient, a des degrés variables d'activité qui semblent liés à des conditions localisées, et de nature inconnue; les pays dans lesquels cette *virulence maxima* se manifeste par la formation de foyers sont dits « *pays lépreux* » — Voy. la *carte* de Leloir, *Traité cité*, et The Map schowing the distribution of Leprosy in the world, with the List of princip. leper Hosp., Asylums, etc. *Journal of the Leprosy investigation Committee*, London, 1890. — *C'est à ces pays que s'applique la formule intégrale de la transmissibilité de la lèpre. Dans les pays non lépreux*, la transmissibilité de *la lèpre s'atténue à ce point qu'elle peut être considérée, au titre général*, comme étant négligeable. Le lépreux importé n'y forme pas foyer, il ne contagionne d'autres hommes que dans des conditions exceptionnelles. Cette distinction est capitale pour décider tout ce qui concerne la prophylaxie, variable suivant que l'on a affaire à un pays lépreux ou à un pays non lépreux.

§ II. — Aperçu sur la prophylaxie de la lèpre.

a.) *Prophylaxie de la lèpre dans les pays lépreux*, ou dans *les contrées aptes à devenir des foyers de lèpre : résidence; isolement; hospitalisation; avertissement aux populations.* — Dans les pays lépreux, aussi bien que dans ceux qui, géographiquement, sont aptes à devenir des *foyers* de lèpre, il est parfaitement légitime de ne pas accorder la *résidence* aux *immigrants* lépreux confirmés, soit pour ne pas importer de germes *nouveaux* dans le pays déjà contaminé, soit pour ne pas laisser se former de foyers dans ceux qui ne sont pas encore contaminés. Ce principe sera modifié dans l'application, conformément aux conditions

particulières des gouvernements, des régions, des localités, etc.; c'est aux autorités sanitaires de chaque pays à prendre, à l'égard des immigrants, les mesures qu'elles jugeront utiles. On ne pourra pas toujours, assurément, faire une barrière complète; les malades atteints légèrement, ou en période latente, échapperont à l'interdiction; mais, dans les pays d'immigration où la police médicale est faite convenablement, où la surveillance des étrangers est exécutée *comme elle le doit être*, on pourra au moins limiter, et réduire les importations à un *minimum.*

Dans les pays où l'on a constaté *un* foyer lépreux en *voie de formation*, il est *urgent*, il est possible, et il est exécutable de l'isoler complètement par des moyens appropriés à la situation; cette mesure de salut public s'imposerait à toute autorité sanitaire.

Mais dans les contrées où la lèpre est répandue sur la population entière, où elle occupe un grand nombre de foyers distincts, l'état humanitaire du XIXe siècle ne permet pas de proposer l'isolement et la séquestration du lépreux, comme mesure applicable à l'extinction générale de la lèpre. En fût-il autrement, en dehors de certains cas spéciaux à quelques pays, aussitôt que la lèpre est généralisée dans une population, cet isolement est irréalisable d'une manière complète. La maladie est si fruste, et si souvent latente, pendant la germination et les premières floraisons, que la vigilance la plus sévère ne parviendrait jamais à décéler tous les cas; enfin le médecin hésitera toujours à séquestrer un malade avant la démonstration absolue de l'existence de la maladie.

Aux îles Sandwich, les plus grands efforts pour réaliser la sélection des lépreux, et leur séquestration, ont été tentés; mais quelles que soient les mesures d'isolement que la loi ait promulguées, et mises à exécution dans ces îles, les naturels hawaiiens parviennent en grand nombre à les éluder. Les lépreux ne peuvent être *convaincus* de lèpre, et isolés, que quand la maladie est *hors de contestation;* l'inspection se heurte à des difficultés faciles à comprendre : ceux que la loi d'isolement atteindrait, *s'ils étaient connus et dénoncés*, sont souvent recueillis et cachés par des amis; les individus sains vivent avec eux sans aucune préoccupation, habitent les mêmes réduits, mangent dans les mêmes ustensiles, dorment dans le même lit, etc.

Aussi longtemps que les habitants des pays lépreux ne seront pas convaincus de la transmissibilité de la maladie, et ne prendront pas, d'eux-mêmes, une mesure de salut, toutes les tentatives échoueront.

Ce qui perpétue la lèpre en certains pays, c'est avant tout, comme Hansen et comme Leloir l'ont bien montré, le fatalisme des habitants, leur extraordinaire promiscuité, qui font bien comprendre comment une maladie, même peu contagieuse, peut prendre facilement une extension considérable. On sait qu'il a fallu un ensemble de mesures énergiques pour détruire, chez les paysans norvégiens, la gale qui prenait des proportions de fréquence et d'intensité dépassant tout ce qu'on peut imaginer (gale norvégienne).

Ce sont les mêmes conditions, encore plus générales, qui ont permis à

la lèpre des îles Sandwich, importée de Chine, ou *revivifiée* par des germes nouveaux, de prendre, en si peu de temps, un aussi énorme développement. Voilà certainement la cause capitale de la multiplication de la lèpre ; voilà ce qu'il faut combattre par l'amélioration de l'état moral, intellectuel, et social de ces populations.

Au sud de la Russie — Voy. Grégoire Münch, p. xv, T. I, vol. 1, *loc. sup. cit.* — il existe deux systèmes d'isolement.

Isolement domestique, au moyen d'une mansarde construite par la famille dans la basse-cour.

Isolement communal. Huttes construites par la commune en dehors du village. Les malades sont approvisionnés par la commune.

Ces mesures prises par la population, sans contrôle administratif, ne sont pas obligatoires et n'aboutissent que là où elles sont sévèrement mises à exécution, comme, par exemple, chez les Cosaques d'Astrakan, sur la rive droite du Volga, *où la maladie a complètement disparu.*

Il faut avertir les populations que la lèpre peut se contracter, mais surtout par le fait de la négligence à désinfecter les malades, et de la promiscuité sordide. On laissera dans leur famille les lépreux, mais ils seront, partout où la charité, la bienfaisance, et l'autorité sanitaire s'exercent, surveillés, secourus, pourvus des soins nécessaires ; on hospitalisera tous ceux qui accepteront, ou on s'assurera qu'ils exécutent les prescriptions relatives à l'hygiène sanitaire ; on donnera gratuitement les bains et les médicaments nécessaires.

Il est impossible d'interdire *légalement* le *mariage* entre lépreux et entre individus sains et lépreux, de même que l'on ne peut interdire les unions consanguines. Mais le médecin sait quel est son devoir à cet égard ; c'est à lui, quand il en est requis, d'éclairer complètement les intéressés.

b.) *Prophylaxie de la lèpre dans les pays non lépreux.* — Dans tous les pays, l'Europe *centrale* par exemple, où il est notoire que la lèpre importée reste à peu près constamment stérile, où elle ne forme pas foyer, mais où cependant, bien qu'exceptionnellement, les lépreux peuvent devenir l'occasion de contagions limitées, il n'y a aucune mesure *générale* à prendre, aussi longtemps qu'il ne s'est pas formé de foyer. Cependant nous ne pensons pas que l'autorité sanitaire d'aucun pays doive se *désintéresser* absolument de cette question ; le nombre des lépreux résidant en Europe s'est beaucoup accru depuis quelques années, et il y a quelques mesures à étudier.

Dans les *hôpitaux généraux et spéciaux*, dans les *maisons de santé*, de *refuge*, etc., les lépreux peuvent être acceptés, même dans les salles générales, *parce que*, dans tous ces établissements, il existe une surveillance médicale ; que le lépreux peut y être régulièrement désinfecté, et que l'on y a souci des règles générales de l'hygiène, de la propreté, etc.

Dans les *hôtels publics*, les lépreux doivent être, ainsi que tous les *malades*, sans exception, astreints à faire les frais de la désinfection des locaux qu'ils ont habités.

Dans les *établissements d'instruction*, il n'y a pas lieu de refuser les

lépreux qui ne présentent pas les formes léontiasiques, ulcéreuses et putrides de la maladie ; ils demeurent seulement soumis aux mesures que l'autorité médicale de l'établissement jugera convenables, ainsi que cela est, ou devrait être, à l'égard des tuberculeux par exemple.

Dans les *familles*, on peut accepter les lépreux, à la condition de prendre les mesures de propreté aseptique indispensables. Le linge sali sera lavé à part, et désinfecté; s'il y a des sécrétions pathologiques, en un point quelconque du corps, on en fera le pansement désinfectant, tel qu'il aura été prescrit par le médecin.

Mais s'il s'agit de lépreux misérables, revenant de pays lépreux, et *rentrant dans une famille où existerait la promiscuité des malheureux*, il appartiendrait au médecin local et aux autorités sanitaires d'examiner le cas, d'offrir l'hospitalisation au lépreux, en avertissant les proches du danger *éventuel* de transmission. Car si l'on met de tels sujets dans un de ces misérables villages de pêcheurs où le choléra, par exemple, fait immédiatement et inévitablement foyer, on sera parfaitement exposé à voir se produire, le temps nécessaire étant écoulé, un foyer lépreux. Que ceux qui en douteraient examinent les causes de l'épidémie actuelle de lèpre des provinces de Valence ou d'Alicante, et ils penseront peut-être, avec nous, qu'ils serait bon d'engager les médecins chargés du rapatriement et de la réception des soldats et des marins qui sont utilisés pour nos opérations coloniales, aujourd'hui très étendues, à ne pas méconnaître nos avis motivés, et à exercer une surveillance effective.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Le traitement de la lèpre n'offre pas beaucoup de chances de succès, comme je l'ai déjà dit à propos du pronostic. Cependant avec une médication appropriée et dans des conditions extérieures favorables, on peut obtenir jusqu'à un certain point un résultat satisfaisant, c'est-à-dire que l'on peut rendre stationnaires ou même faire disparaître des processus non encore terminés, améliorer l'état général des malades et prolonger la vie. J'ai eu dans les cinq dernières années l'occasion de traiter 12 malades atteints de lèpre, parmi lesquels 7 pendant plusieurs mois, 2 pendant à peu près deux ans, et, dans tous ces cas, j'ai obtenu des résultats en rapport avec ce qui précède.

Non seulement on peut voir, sous l'influence d'un traitement local et général rationnel, disparaître les infiltrats tubéreux et diffus ainsi que les pigmentations de la peau, non seulement ainsi les ulcères peuvent guérir, mais aussi les anesthésies et les paresthésies s'améliorer et cesser. Il en est de même des éruptions papuleuses, des ulcères et des plaques de la muqueuse buccale, pharyngienne et laryngienne. Assurément on n'arrive pas de la sorte à la guérison de la lèpre, et on ne connaît point d'exemple où un traitement direct ait réussi. Unna seul a rapporté la guérison de deux cas de lèpre. Mais il nous sera permis, même dans ces cas, de n'admettre que l'amélioration indiquée. En effet, une étude complète des faits montre que, même chez des malades ainsi améliorés, le sort du lépreux suit son cours et la mort arrive soit avec de nouveaux symptômes de lèpre, soit avec les complications connues d'exsudat pleurétique, de maladie de Bright, de pneumonie, de marasme.

Si l'on veut bien se rappeler que, même sans traitement, soit spontanément, soit sous l'influence de complications fébriles et inflammatoires de la peau (érysipèle, dermatite) et des organes internes survenues accidentellement ou même dans le cours de la lèpre, on voit souvent disparaître pour quelque temps les troubles des tissus et des nerfs, alors on se gardera d'attacher une importance excessive à l'influence des médications employées.

Avec ces réserves, on peut donc et on doit toujours recommander un traitement de la lèpre, puisque, même avec la perspective de n'avoir qu'un succès partiel et momentané, il ne serait ni humain, ni rationnel d'abandonner tout à fait sans secours les lépreux à leur sort.

Quant aux remèdes en apparence spécifiques, remèdes végétaux et minéraux, ou remèdes secrets, particulièrement dans les pays à lèpre et sous les tropiques, par exemple l'assacou, le madar ou l'hydrocotyle asiatique, la hura du Brésil, l'huile de gurjun (balsamum dipterocarpi), l'huile de chaulmoogra (du gynocardia odorata) et beaucoup d'autres remèdes que l'on a prônés, tous se sont montrés complètement

impuissants. Même le Dr Gouto, qui, dit-on, possède un remède secret de ce genre et l'emploie avec succès et que, pour cette raison, on a fait venir du Japon à Hawaii, n'applique, d'après le rapport de Gibson, que des remèdes et des méthodes de traitement essentiellement diététiques et toniques. On a aussi essayé dans la lèpre l'allongement des nerfs. Langerhans et Perez disent avoir obtenu à Madère des résultats favorables dans trois cas de lèpre par l'usage interne de la créosote (1,25 pour 50 pilules, de 3 à 5 par jour) — *Virchow's Archiv.*, 1881. — Il en est de même des renseignements fournis par Danielssen et Köbner sur l'action du salicylate de soude (2 à 6 grammes par jour). Unna prétend avoir guéri ses deux lépreux par l'usage interne du sulfo-ichthyolate de soude et l'emploi local de l'ichthyol et de l'acide pyrogallique (5 à 10 p. 100 en pommade). Je ne peux, à propos de tous les remèdes que je viens de citer, qu'affirmer ce que j'ai déjà dit, qu'ils ont en certaines circonstances une influence passagère, précisément comme localement l'emplâtre hydrargyrique, intérieurement et en injections sous-cutanées, l'arsenic et le fer. Notre lépreux de Cerigo a pris sans succès, pendant quatorze mois consécutifs, du sulfo-ichthyolate de soude, bien que ses nodosités, sous l'influence de traitements locaux, aient disparu à plusieurs reprises et sur plusieurs points.

De l'examen réfléchi de tous ces faits, il résulte qu'il faut instituer le traitement des lépreux d'après les principes généraux de la thérapeutique.

Toutes les fois que cela sera possible, on conseillera le séjour dans des pays indemnes de lèpre.

Il faut, en outre, employer tout ce qui peut relever la nutrition générale. Le séjour dans l'air salubre des montagnes, une nourriture fortifiante, des bains simples ou médicamenteux (avec des sels d'iode, du fer, des bains sulfureux et iodurés), des douches, l'hydrothérapie. Les symptômes locaux, comme les nodosités, les ulcères, les phénomènes inflammatoires doivent être traités suivant les règles générales de la chirurgie. Contre les hyperesthésies, il faut donner les parégoriques et il faudrait combattre les anesthésies au moyen de l'électricité (1).

---

(1) Nous souscrivons en entier à tout ce que vient de dire le professeur Kaposi, principes, faits, appréciations; nous n'ajouterons quelques lignes que parce que nous avons vu, observé, et traité beaucoup de lépreux, et que nous croyons de notre devoir de dire notre sentiment sur le traitement de la lèpre.

I. — *Hygiène du lépreux.* — Dans son intérêt, aussi bien que pour la sécurité de ceux qui l'entourent, le lépreux doit être soumis à une

Suite de la note des Traducteurs.

hygiène *réglée;* son corps doit être lavé chaque jour avec de l'eau chaude et du savon, et les muqueuses accessibles seront soumises à une irrigation appropriée. Il prendra fréquemment des bains phéniqués ou sulfureux; son linge sera tenu dans un état absolu de propreté, et désinfecté à l'étuve; les plaies, ulcérations, etc., qu'il peut présenter, seront traitées selon les règles les plus strictes de la méthode aseptique, et en permanence recouvertes avec des pansements emplastiques ou ouatés, appropriés.

Dans l'alimentation, le lépreux doit éviter toutes les substances irritantes, s'altérant facilement dans les voies digestives; il aura le plus grand intérêt à réaliser autant que cela se peut faire l'asepsie gastrique et intestinale. Les poissons de toutes sortes, le gibier, la viande de porc, les salaisons, l'alcool, lui sont certainement nuisibles.

Tout ce qui peut relever l'état des forces organiques, l'aération, l'exercice physique, le séjour des montagnes, les pays secs et tempérés, loin de la mer, des grands lacs et des grands fleuves; l'usage des eaux minérales sulfureuses, arsenicales, tout cela peut concourir à améliorer considérablement la situation des lépreux.

II. — *Médication générale; bacillicides; stérilisants.* — Il n'existe aucune substance qui, introduite dans l'économie par une voie quelconque, soit apte à détruire l'élément pathogène de la lèpre, c'est-à-dire le bacille.

Quelles qu'elles soient, les bactéries internées dans les cellules vivantes sont infiniment plus résistantes que celles-ci; l'on ne saurait les détruire sans détruire en même temps les tissus aux dépens desquels elles vivent. C'est là, pour nous, une *loi générale.* Aussi, considérons-nous comme chimérique la recherche d'agents capables d'anéantir dans l'économie le bacille de la lèpre, aussi bien que celui de la tuberculose, etc.

Tout ce que l'on peut concevoir dans l'état actuel, c'est la possibilité de *stériliser* les tissus vivants, de les rendre impropres à la nutrition des bacilles et à leur multiplication. Dans la lèpre, où le bacille est partout, et où il pullule avec une profusion sans égale, le problème à résoudre est d'une difficulté spéciale. Il n'y avait aucune raison de croire que l'extrait de toxines tuberculeuses qui constitue la « lymphe de Koch » puisse stériliser l'économie entière du lépreux; les expérimentateurs qui ont tenté cette aventure ont pu reconnaître rapidement que, tout en étant aussi dangereuses pour le lépreux que pour le tuberculeux, les inoculation de lymphe tuberculeuse étaient encore plus inutiles. Nous ne les avons pratiquées chez aucun de nos lépreux de l'hôpital ou de la ville; les uns étaient trop affaiblis, les autres avaient des lésions viscérales qui auraient été certainement aggravées; quelques-uns étaient tuberculisés. Au début des expériences, pendant la période d'enthousiasme qui a suivi la première communication de Koch, nous les aurions peut-être proposées à quelques malades n'ayant que peu

Suite de la note des Traducteurs.

d'années de lèpre confirmée et encore vigoureux; aujourd'hui, nous ne consentirions à les appliquer à aucun d'eux.

Dans l'état présent de la thérapeutique, on en est réduit à avoir recours à quelques agents empiriques ou à quelques substances supposées capables de stériliser les tissus vivants; l'action de quelques-unes d'entre elles semble être bien réelle; toutefois cette action est toujours relative, jamais absolue; pour acquérir une valeur digne d'être notée, il faut que ces substances soient administrées dans les premières années de la maladie, le plus près possible du début, appliquées à des doses excessives, et continuées pendant des mois et des années. Dans ces conditions, nous avons enregistré quelques succès très remarquables.

Huile de chaulmoogra; acide gynocardique; huile de Gurjum. — Au premier rang, dans le traitement de la lèpre, parmi les agents stérilisants, se place l'*huile de chaulmoogra* — Voy. E. Vidal, La lèpre et son trait., *France méd.*, 1884, et E. Marçon, De l'huile de chaulmoogra, *Thèse de Montpellier*, 1886 — que nous avons donnée aux doses les plus élevées possibles, selon la tolérance très variable des sujets, de 25 à 200 gouttes par vingt-quatre heures, soit en capsules, soit émulsionnée, soit mélangée à un peu d'alcool, etc. Elle a certainement une action favorable ; mais certains sujets y sont réfractaires, ne la tolèrant qu'à des doses insuffisantes, et à côté de « succès » remarquables, nous avons eu des insuccès absolus. Dans deux cas, des irritations rénales — *néphrite albumineuse* — fort graves, nous ont montré que, *chez certains sujets*, des altérations préexistantes du rein — Cf. Beaven-Rake, The Kidney lesions in Leprosy, etc. *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1889, — réclamaient une surveillance spéciale. Toutefois Lutz, qui a employé largement l'huile de chaulmoogra aux îles Sandwich, ne paraît pas avoir rencontré des cas de cet ordre: « I have been able to attain even doses of. 2.4 to 2.8 grammes (Thirty-six to forty-two grains), twice times a day, and may perhaps go still higher, as no toxic effect has been observed », *loc. sup. cit.*, 1890, p. 74.

L'*acide gynocardique* — huile de chaulmoogra, *oleum gynocardiæ* — est employé, au lieu de l'huile, par plusieurs thérapeutistes — voy. Zeferino Falcao (de Lisbonne), Congrès de Paris, 1890, p. 614. — Ce dernier l'administre en pilules de 1 décigramme, associé à un extrait amer, de deux à vingt pilules et plus par vingt-quatre heures, graduellement, pour obtenir la tolérance. Lutz déclare les préparations d'acide gynocardique (Merck's preparations) d'un emploi plus facile, et moins coûteuses ; il ne considère pas comme suffisante l'étude qu'il en a faite, le médicament étant venu à lui manquer, et il a le projet de la reprendre le plus tôt possible.

L'acide gynocardique est certainement mieux toléré que l'huile de chaulmoogra; mais il est douteux que l'action soit aussi prononcée.

C'est aussi comme succédané de l'huile de chaulmoogra que l'on peut conseiller avec Vidal, *loc. sup. cit.*, l'emploi de l'*huile de Gurjum* à la dose de 2 à 12 grammes par vingt-quatre heures.

Suite de la note des Traducteurs.

La *série phéniquée* et *salicylée* est rationnellement indiquée. Pendant plusieurs années, nous avons employé, systématiquement, l'*acide phénique* (déjà expérimenté par Bazin, probablement à dose insuffisante) à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour, médication simple et économique, qui n'est inférieure à aucune autre. L'acide phénique est surtout bien supporté sous forme pilulaire, administré *après* les repas. En même temps, bains, lotions, irrigations phéniqués; leur emploi est facile, et leur utilité curative et prophylactique, considérable.

Le *salicylate de soude*, qui est très utile au même titre dans les lotions *externes*, injections, irrigations, pansements chez les lépreux, ne peut être employé longtemps à l'intérieur, sans intolérance.

Le *salol* (on pouvait le prévoir après avoir constaté les bons effets de l'acide phénique) était nettement indiqué; LUTZ s'applaudit beaucoup de son emploi interne — les voies digestives le supportent, comme on le sait, à des doses élevées, en raison de son insolubilité — ; il fonde les plus grandes espérances, d'après ses premières observations, sur son action *à haute dose*, pour arrêter rapidement les *poussées aiguës* de léprides tuberculeuses, et *préserver* les patients de poussées nouvelles; il n'a jamais constaté d'irritation rénale, ni d'albuminurie, etc.

Le *tannin* à haute dose a été recommandé surtout par SILVA ARAUJO, et expérimenté sur notre conseil par ZURIAGA — Voy. *Congrès de Paris*, 1889, p. 555.

Les *préparations mercurielles, et iodopotassiques*, sont sans action directe sur la lèpre; mais leur application aux *lépreux syphilitiques* semble aussi favorable que chez les non syphilitiques; la question de savoir si elles sont *nuisibles* aux *lépreux communs* est à réserver. LUTZ fait observer que cette question est à reviser, de même que celle de l'action que pourrait avoir l'iodure de potassium, employé aux doses intenses, comme HASLUND a fait pour le psoriasis : « Speaking of iodide of potash, there is a possibility, that ordinary doses may prove useless (as indeed they generally do in leprosy), while larger doses may be given with better results. This is the case, as shown by Haslund, in psoriasis vulgaris, which, in many clinical features, strongly resembles leprosy », *loc. sup. cit.*, 1890, p. 78.

L'*arsenic* n'a aucune action spécifique sur la lèpre. Mais la *médication arsenicale* est favorable à la reconstitution de l'état général chez quelques lépreux; associée à *l'hydrothérapie méthodique*, à l'emploi du *sulfate de quinine et du quinquina*, elle représente un des meilleurs moyens de lutter contre *l'hecticité lépreuse subaiguë* si ordinaire chez eux, bien que nous ne l'ayons pas trouvée mentionnée en termes explicites. Nous pouvons affirmer que *l'association* des moyens que nous venons d'indiquer est vraiment utile. Dans le même sens, agissent les *eaux minérales arsenicales* de la Bourboule, auxquelles nous avons envoyé une série de lépreux qui, tous, ont eu à s'en louer à ce point de vue particulier.

Suite de la note des Traducteurs.

C'est au même titre, qu'avec plusieurs de nos collègues, nous dirigeons aussi nos lépreux sur les *eaux minérales sulfureuses* et sulfosalines, particulièrement de Bagnères-de-Luchon, Cauterets, etc., Uriage, etc., et avec les mêmes résultats favorables. Quant à l'usage interne du *soufre*, souvent proposé, puis abandonné, il a été de nouveau préconisé par Unna sous la forme des sels d'ichthyol, ainsi que nous le dirons tout à l'heure en exposant la méthode *mixte* proposée il y a quelques années par le savant dermatologiste de Hambourg. Notre observation n'est pas conforme ; la plupart de nos lépreux, originaires ou venant des pays chauds ont les voies digestives — estomac, foie, intestins — en état médiocre, et n'ont pu supporter les préparations d'ichthyol aux doses indiquées, qui ne sont pas inférieures à moins de 1 gramme par vingt-quatre heures. Cette remarque d'ailleurs n'est pas exclusive aux lépreux ; *dans le rayon de notre pratique*, il est *très peu* de malades, quels qu'ils soient, à qui, par un procédé quelconque, nous ayons pu faire *tolérer* longtemps 1 gramme d'ichthyol par jour.

En résumé, la lèpre n'a de remède spécifique qu'en espérance ; elle reçoit seulement une action, positive bien qu'imparfaite, de quelques agents médicamenteux, *mais à une double condition : c'est que la maladie ne soit pas trop avancée*, *qu'il n'y ait pas de localisations viscérales*, *et que la médication soit continuée avec persérance*, *sévérité*, *ténacité pendant des mois et des années*, *aux doses les plus élevées que peut supporter chaque sujet en particulier*.

Sans aucun doute, on doit mettre en œuvre *tous les agents* spéciaux, et suivre les conseils de ceux qui ont acquis une expérience particulière dans cette maladie ; mais on ne devra jamais oublier qu'il faut traiter son malade *en médecin*, et non en empirique ; surveiller étroitement l'action des médicaments mis en œuvre, surveiller les fonctions rénale et hépatique, etc.

Concurremment avec les agents spéciaux, il y a lieu d'avoir recours, quand les indications le commandent, aux *agents généraux* de la thérapeutique, *sulfate de quinine, opium, antithermiques*, etc. ; *antinerveux* (au premier rang le *bromure de potassium*, excessivement utile, ainsi que nous l'avons montré il y a longtemps chez les sujets dont les voies digestives tolèrent bien ce médicament). Dans les formes douloureuses de la lèpre des nerfs, l'*antipyrine* trouve une application logique et très heureuse.

Dans tous les cas, il sera sage d'être très réservé dans l'appréciation du *résultat* des médications employées à l'égard d'une maladie qui, dans sa longue évolution, comporte des *accalmies spontanées* parfois très prolongées, et des *paroxysmes,* dont l'apparition inopinée, même au milieu des meilleures conditions, déjoue toutes les prévisions.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

A l'aide d'applications locales de toutes sortes : teinture d'iode, emplâtre mercuriel, emplâtre de savon salicylé, pommade pyrogallique, chrysarobine, etc., on peut déterminer la régression des infiltrats tubéreux et plats de la peau, ainsi que des taches pigmentaires.

Il faut appliquer sur les ulcères atoniques des pommades à la créosote ou au camphre (1).

---

(1) Le traitement externe, topique, mécanique, chirurgical, de la lèpre a pris, dans la période actuelle, de très grands développements.

Unna — Guérison d'un cas de lèpre, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VII, 1886, p. 22, repr. d'après le *Monatsh f. prakt. Dermat.*, 1885 — a institué un traitement méthodique, *mixte*, dans l'esprit des *médications externes intensives*, déjà appliquées à diverses autres dermopathies, à l'aide de *l'ichthyol*, la *chrysarobine*, *l'acide pyrogallique*, la *résorcine*.

« Il faut, dit Unna, employer les sels d'*ichthyol* à l'extérieur à dose élevée; à l'intérieur, la dose ordinaire est, en moyenne, de un gramme par jour. Comme ce sont les seuls remèdes de cette série que l'on puisse prendre indéfiniment, ils ont une valeur exceptionnelle pour les lésions lépreuses des organes internes. A l'extérieur, ils conviennent chez les sujets faibles, à peau très sensible, dans les cas où les remèdes plus énergiques (chrysarobine, pyrogallol) sont contre-indiqués d'une manière momentanée ou absolue, ou bien encore lorsque ceux-ci ont déterminé des inflammations de la peau.

« La *résorcine* est très efficace dans la lèpre en pommade à 20 p. 100, mais surtout sous forme d'emplâtre. Elle a l'avantage de ne pas sentir mauvais, de colorer peu la peau, et de ne pas irriter les yeux.

« Le *pyrogallol* est un antilépreux très énergique; on ne doit l'employer en pommade que à 5 p. 100. Sur les points où la maladie offre le plus de résistance, on peut l'appliquer à dose plus élevée, soit en pommade, soit sous forme d'emplâtre.

« La *chrysarobine* est, peut-être, le meilleur topique antilépreux; mais dans la lèpre encore plus que partout ailleurs, il faut se tenir en garde contre son action irritante sur la conjonctive. Chez les sujets robustes, on l'emploiera sur le tronc, les jambes et les bras, mais il faut s'abstenir de l'appliquer sur les mains pour éviter son action sur les yeux. Chez les individus faibles, on fera disparaître la plus grande partie des efflorescences avec les sels d'ichthyol et la résorcine, avant d'attaquer les lésions plus tenaces avec les deux derniers médicaments. »

Comme *correctif* de ces remèdes, surtout du pyrogallol, Unna recommande, à titre prophylactique et curatif, l'emploi interne, à doses aussi élevées que possible, de l'*acide chlorhydrique*, pour diminuer l'alcalinité du sang, et il conseille de continuer indéfiniment l'usage interne des sels d'ichthyol pour arriver, avec le temps, à détruire les germes qui peuvent rester dans l'organisme. Malheureusement, l'observation ne confirme pas les espérances qu'il avait fondées de ce chef sur ce médicament dont l'action antilépreuse est très inférieure à celle des agents de la série phéniquée et salicylée, acide phénique et salol.

En fait, dans une maladie semblable à la lèpre, le médecin ne peut refuser aucun secours; mais le choix des agents médicamenteux qu'il

Dans les cas peu avancés, surtout dans la lèpre tuberculeuse chez les jeunes sujets, le séjour dans des contrées exemptes de lèpre peut ralentir le processus pendant plusieurs années, et même produire une

---

applique doit porter d'abord sur les plus énergiques et les plus éprouvés. Dans tous les cas, il ne doit accepter la responsabilité d'une cure que s'il est mis en mesure de la surveiller lui-même et de la diriger rigoureusement.

La *médication topique* peut être variée dans de grandes proportions, sur le type de la médication externe *intensive* du psoriasis; toutes les pommades et tous les emplâtres peuvent trouver, suivant le cas, leur application.

Avec Lutz — *loc. cit.* p. 73, Honolulu, 1890, — notre observation nous permet d'assurer que beaucoup de léprides, on pourrait dire toutes les léprides qui ne sont pas profondément anesthésiques ou arrivées à la période d'atrophie, peuvent être réduites par l'emploi extérieur des agents médicamenteux. Mais nous engageons très vivement les médecins qui emploieront les agents de réduction, et particulièrement l'acide pyrogallique, *à exercer la plus grande surveillance, à examiner sans cesse l'urine*, et à se reporter aux règles que nous avons données pour l'emploi de cet agent dans le psoriasis — Voy. T. I, p. 581, *note* 2. — Nous ajouterons que, bien que plusieurs de nos lépreux, comme ceux de Zuriaga, *loc. sup. cit.*, aient été *intoxiqués* lentement et longuement par l'acide pyrogallique, ils n'en ont pas moins été soumis, dans la suite, aux paroxysmes lépreux aigus ou subaigus; l'un d'eux, dont la situation n'a pas cessé de s'aggraver à la suite du traitement prolongé par l'acide pyrogallique qu'il n'avait continué que sur nos instances, a hautement accusé le remède d'avoir rendu sa situation plus grave; cette accusation, justifiée ou non, est de celles que les médecins doivent s'attendre à subir quelquefois; mais notre devoir est de les prévenir que la médication dont il s'agit n'est pas souveraine; qu'elle n'est pas indifférente, et qu'ils doivent faire leurs réserves dans tous les cas de médication *intensive* externe ou interne, et prendre les mesures nécessaires pour couvrir leur responsabilité.

Il sera toujours sage, comme le fait Unna, de *limiter* l'emploi de l'acide pyrogallique à la face et aux mains, de ne se servir de l'acide chrysophanique que pour les léprides des parties couvertes, en protégeant les parties découvertes; l'ichthyol à l'extérieur serait sans danger, mais son odeur en rend, au moins parmi nous, l'application difficile. Dans l'emploi du *salol* en pommade, on devra se méfier des altérations chimiques qu'il subit en présence des graisses; dans plusieurs cas de notre observation personnelle, ou de notre rayon, des accidents assez graves de dermatite et de néphrite, *véritables intoxications phéniquées*, sont survenus.

Mélangée à de la lanoline ou à de la vaseline, l'huile de chaulmoogra, l'huile de gurgum — en proportions variables de 5 à 20 p. 100, nous a semblé constituer une médication topique utile dans toutes les léprides superficielles à grande surface. Zeferino Falcao, *loc. sup. cit.*, emploie

guérison apparente; il peut même, dans les cas avancés de la forme anesthésique ou tuberculeuse, sinon arrêter la marche fatale de la maladie, du moins la ralentir d'une façon notable.

Quant aux formes circonscrites ou localisées de morphée, elles guérissent spontanément, ou bien elles ont une marche lente et n'in-

---

l'acide gynocardique ou bien de l'huile de chaulmoogra, unie à la vaseline ou à la lanoline.

Dans le traitement comme dans la prophylaxie de la lèpre, la *balnéation* doit prendre une grande part. « Les lépreux de Métélin, dit ZAMBACO — Une enquête chez les lépreux de l'île de Métélin, *Congrès de Paris*, 1890, p. 574, 578, — ont l'idée enracinée que les bains et les lavages, que le contact de l'eau, en un mot, est très nuisible.... *D'ailleurs cette aversion est générale à tous les habitants des îles où règne la lèpre; ils ne se baignent, ni ne se lavent jamais.* » Les bains phéniqués, 5 à 20 grammes pour 200 litres d'eau, les bains sulfureux, les bains savonneux, les ablutions quotidiennes et générales doivent être prescrites à tous.

Sur les parties découvertes, la *face*, les *mains*, l'*extrémité inférieure de l'avant-bras*, nous attaquons directement les infiltrats lépreux de tout ordre qui résistent aux topiques avec le *thermocautère*, ou avec l'*électrocautère*. Nous préférons, et les malades aussi, ce moyen aux applications d'*huile de noix d'acajou*, par exemple; la douleur est nulle ou presque nulle, la réaction nulle ou modérée, la réparation, quelquefois un peu lente a besoin d'être aidée par des emplâtres, des gazes appropriés : *salol*, *iodol*, *Vigo*, etc., des *pulvérisations* faibles au *sublimé*, etc. Les résultats sont prompts, et quelquefois brillants.

Même traitement *direct*, et curatif par les moyens rapides, avec le *thermocautère*, ou l'*électrocautère*, dans les *narines*, les *fosses nasales*, le *pharyngolarynx*, la *bouche*, la *langue* et les *lèvres*. Tout cela avec l'obligation de se soumettre aux règles générales des médications de cet ordre, et d'utiliser tous les procédés de la laryngologie, de la rhinoscopie, et de la pharyngothérapie. Dans l'intervalle des cautérisations, injections, irrigations, insufflations de toutes les substances liquides ou pulvérulentes en usage dans le traitement spécial des affections de ces organes. Le médecin est bien averti qu'il ne doit rien livrer de ce côté au hasard ni à l'incertain; toutes les surfaces malades doivent être examinées, *vues*, traitées, pansées avec la plus grande exactitude.

Les lésions des *paupières*, de la *conjonctive*, de la *cornée*, de l'*iris* et des parties profondes de l'*œil*, très communes, doivent être particulièrement *surveillées*, traitées avec tous les perfectionnements apportés à l'oculistique contemporaine — Voy. PANAS, Des manifestations oculaires de la Lèpre, et du traitement qui leur convient, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1887. — A part quelques cas rares d'iriochoroïdite paroxystique grave, coïncidant avec des paroxysmes lépreux hyperthermiques, nous avons pu toujours maintenir dans des limites restreintes la lèpre

fectent jamais l'organisme. Nous nous occuperons donc d'autant moins de leur traitement, que nous ne connaissons aucun médicament qui ait sur elles une influence directe. Actuellement l'état d'un de mes malades atteint de morphée, ne présente depuis trois ans aucune aggravation notable (1).

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

Caractère général des syphilides, leur division suivant leurs phénomènes morphologiques. — Formes spéciales, symptomatologie, diagnostic, rapport avec la syphilis constitutionnelle. — Traitement général et local.

SYPHILIS CUTANÉE (2). — SYPHILIDES

Nous désignons ainsi certaines affections cutanées qui apparaissent comme symptômes de la syphilis constitutionnelle, soit transmise par les parents (syphilis héréditaire), soit communiquée pendant la vie extra-utérine par un chancre ou par une autre lésion syphilitique (3), syphilis par contact ou acquise.

---

oculaire, et aucun de nos malades traités n'est arrivé aux extrêmes, ni aux destructions lamentables que représentent à profusion tous les atlas des Traités de la lèpre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Fin de la note des traducteurs sur le traitement externe de la lèpre.

(1) Nous avons déjà dit que rien n'autorise à admettre une *lèpre locale*, et que les « formes circonscrites ou localisées de morphée » dont parle l'auteur ne sont pas lépreuses. C'est là une question qui est épuisée dans l'histoire actuelle de la lèpre, et que nous n'avons pas besoin de reprendre à nouveau après LELOIR, qui, lui-même, l'a traitée après nous, et est arrivé aux mêmes conclusions que nous.

E. B. — A. D.

(2) La description de l'accident initial de la syphilis ayant été reportée par l'auteur, plus loin, à la *Leçon* sur les « *ulcères* », c'est aux *notes* de cette Leçon que le lecteur trouvera nos commentaires, et nos additions, sur toutes les questions pratiques qui se rattachent à l'étude comparée du chancre syphilitique. E. B. — A. D.

(3) Le chancre, les plaques syphilitiques, et, *pendant la période secondaire* (trois années en moyenne), toutes les lésions syphilitiques *excoriées ou sanglantes*, peut-être toutes les excoriations [sanglantes ou exsudatives des sujets syphilitiques, peuvent être inoculables, et reproduire, au lieu d'inoculation, un chancre.

La troisième année écoulée — le mode conceptionnel étant réservé —

Quelle que soit la forme de l'affection primaire développée au lieu où le virus syphilitique a pénétré, que ce soit une sclérose, un chancre mou, une érosion, ou qu'il n'y ait pas même eu d'affection initiale (1), l'état syphilitique de la peau, la syphilide, constitue en thèse générale le premier symptôme incontestable de l'infection de l'organisme, de la syphilis constitutionnelle vraie. A partir de ce moment, peuvent apparaître pendant des mois, des années et durant toute la vie, des lésions spécifiques de la peau comme symptômes caractéristiques d'une syphilis qui persiste encore. C'est une raison suffisante pour consacrer une attention toute particulière à ces dermatoses, abstraction faite du danger qui résulte de la tendance destructive de certaines formes de syphilides cutanées pour des organes importants du corps et même indispensables à la vie.

---

les lésions syphilitiques semblent perdre la *faculté contagieuse;* bien que notre observation porte sur un nombre de faits très considérable, nous n'avons jamais constaté de contamination produite passé ces délais. Nous devons cependant rappeler l'opinion contraire d'observateurs éminents tels que L. LANDOUZY — *Congrès de Paris*, 1889, p. 713, Note sur la contagion syphilitique au delà de la période secondaire; MAURIAC, Syphilis communiquée à la femme par le mari quatre ans et neuf mois après le début de l'accident primitif — *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 10 juillet 1890. — En réalité, ces faits sont *très rares*, et, en raison même de cette rareté, ils réclament une grande circonspection; la recherche de leur *origine* doit être étendue aux causes de contamination *indirectes, extraordinaires;* leur discussion est rendue très délicate par les conditions d'ordre non scientifique que l'on est habituellement obligé de soulever.

Chez la femme, la syphilis *peut être* acquise par la conception — *syphilis conceptionnelle*, sans accident primitif ni phase cutanée secondaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) En dehors de la syphilis contractée par *hérédité*, ou transmise *conceptionnellement* chez la femme, on ne saurait dire que la syphilis cutanée peut apparaître *sans qu'il y ait eu* d'affection initiale; il est plus conforme à l'observation, et plus exact, de dire que la syphilis peut avoir, pour accident primitif, une lésion minime, considérée comme banale, inaperçue, ou inappréciée. Quel est le médecin, avancé dans la pratique, qui n'a pas vu un grand nombre de malades devenir syphilitiques après avoir eu seulement des lésions d'inoculation tout à fait insignifiantes, et alors qu'ils étaient entièrement rassurés par un confrère optimiste? D'autre part, l'accident primitif peut avoir eu pour siège une région inaccessible ou inexplorée, canal cervical utérin ou canal de l'urètre, fosses narines et nasales, rétropharynx, trompe d'Eustache, etc., etc. — *Syphilis méconnues; syphilis ignorées.*

E. B. — A. D.

Les syphilides ne constituent qu'une partie, qu'un groupe, — à la vérité naturel et distinct, — des affections cutanées en général ; aussi nous en occuperons-nous ici surtout au point de vue de leurs particularités cliniques, des caractères qui permettent de les diagnostiquer, des différences qui les séparent des dermatoses non syphilitiques, et du traitement spécial qu'il convient de leur appliquer. Quant à leurs rapports intimes avec la syphilis, c'est une question particulière à la syphiligraphie, et nous en parlerons seulement dans la mesure qui sera nécessaire et utile pour la clarté de notre sujet.

Les syphilides n'ont pas d'attributs morphologiques différents de ceux des dermatoses non syphilitiques ; ils se présentent sous forme de taches, de papules, de tubercules, de pustules, d'ulcères avec formation de squames et de croûtes.

Le caractère spécifique indéniable qu'on leur reconnaît en clinique, celui qui les différencie des dermatoses non syphilitiques, et qui leur donne leur cachet spécial « syphilitique », ne repose donc pas sur leurs caractères morphologiques, ni, comme on l'enseigne, sur d'autres propriétés physiques, telles que la coloration rouge brun foncé (cuivrée), leur siège habituel sur le côté de la flexion des articulations et au pourtour des orifices naturels, leur symétrie, leur disposition en cercles, en groupes, leur polymorphie, l'épaisseur des croûtes et des squames, l'absence de démangeaisons.

En effet, tous ces caractères, attribués exclusivement aux syphilides, appartiennent aussi à des exanthèmes non syphilitiques. Je rappellerai seulement la disposition annulaire du psoriasis, de certains eczémas, la coloration cuivrée de l'acné rosée et de l'acné disséminée, la disposition en groupes du lichen des scrofuleux et du lichen ruber plan, le développement du psoriasis vulgaire à la paume de la main, etc., etc. (1).

---

(1) Cela n'empêche pas que la couleur, le siège, la symétrie, etc., ne soient d'excellents signes diagnostiques qui permettent, le plus ordinairement, de se prononcer sans hésiter, et du premier coup d'œil, et qui, dans tous les cas, entrent comme partie constituante de premier ordre dans la détermination diagnostique. Il n'est aucun phénomène objectif qui ne soit passible des mêmes remarques restrictives, et qui soit absolument pathognomonique ; c'est dans la réunion, le groupement, la combinaison de ces phénomènes, que l'on trouve les meilleurs éléments d'un jugement extemporané.

Une plaque de psoriasis en goutte, par exemple, peut assurément ressembler — au point d'induire en erreur le plus habile — à une syphilide papulo-squameuse ; mais, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et à part certaines régions anatomiques et anatomotopographiques particulières, la paume de la main au premier rang, même en dehors de toute enquête sur l'état du malade, on peut com-

Un examen attentif prouve que le caractère spécial des syphilides résulte d'une série de phénomènes, qui constituent la marche anatomo-pathologique de chacune de ces efflorescences, et présentent trois particularités distinctives.

En premier lieu, les productions syphilitiques de la peau représentent, dans tous les cas, des infiltrats (cellulaires) du corps papillaire et du chorion, bien limités, denses, homogènes, et ne variant que dans leurs dimensions. Une papule syphilitique de la grosseur d'une tête d'épingle est identique, par sa constitution intime et son expression extérieure, aux tubercules syphilitiques qui ont le volume d'une fève ou d'une noisette.

En second lieu, ces éléments cellulaires ne sont pas propres à une organisation durable (tissu conjonctif), mais rétrogradent et disparaissent soit par résorption, soit par suppuration.

Une troisième particularité spéciale aux infiltrations cutanées syphilitiques consiste dans la tendance constante qu'elles ont à s'agrandir d'un côté, tandis qu'elles disparaissent de l'autre. L'accroissement et la destruction sont toujours centrifuges, de telle sorte que les parties les plus périphériques du produit syphilitique sont relativement les plus jeunes et présentent tous les caractères de l'infiltration récente, tandis que les parties les plus anciennes occupent le centre, et ce sont elles qui disparaissent tout d'abord.

Ces trois caractères fondamentaux constituent presque d'une manière physiologique et régulière ce cachet clinique spécial des syphilides et permettent, d'une façon presque absolue, leur diagnostic objectif (1). Ils expliquent la série de modifications qui ont fait admettre dans les

---

munément distinguer l'exfoliation ou la desquamation du syphiloderme, de l'accumulation des squames psoriasiques. La syphilide est-elle un peu étendue, il est tout exceptionnel qu'elle desquame indéfiniment au grattage sur toute sa surface, comme s'il s'agissait d'un psoriasis; de plus, dans le syphiloderme, on ne trouve pas cet amincissement de la couche cornée adhérente, si remarquable dans le psoriasis, lequel laisse, par le moindre raclage, saigner les sommets papillaires. Dans presque tous les cas, enfin, il sera possible de distinguer, par l'intensité de l'infiltrat dermique, la syphilide de la plaque psoriasique, laquelle, débarrassée de son surtout corné, n'a jamais la même épaisseur, à égalité de surface, etc., etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Infiltration, progrès centrifuge ou serpigineux, non-viabilité ou régression, voilà résumés ces trois caractères fondamentaux; ils sont très importants, mais ne sont pas plus exclusifs que les autres, et ils ont toujours besoin d'être *interprétés*. E. B. — A. D.

syphilides tant de variétés, et leur donnent souvent un aspect extérieur si analogue à celui des exanthèmes cutanés non syphilitiques.

D'après ces attributs typiques, nous pouvons considérer la papule comme le prototype des syphilides. Ce type des productions syphilitiques est constitué par une infiltration cellulaire épaisse, bien limitée, du chorion et du corps papillaire. A part cela, il n'y a pas d'éléments figurés qui appartiennent en propre à la syphilis.

Si nous suivons les symptômes de la papule syphilitique depuis son apparition jusqu'à son effacement, nous aurons vu l'évolution de toutes les syphilides, en dehors des variations peu importantes que certaines circonstances particulières peuvent leur faire subir.

Sur une coupe verticale comprenant l'épiderme, le réseau muqueux, le corps papillaire et le chorion, nous voyons que l'infiltrat cellulaire qui constitue la papule occupe le chorion et les papilles, et est réellement et nettement limité sur ses côtés (1).

Nous pouvons déduire de ce fait les caractères cliniques typiques de la papule; elle dépasse le niveau de la peau, elle est luisante, puisque par l'infiltrat cellulaire compact, son revêtement épidermique est tendu, aussi elle ne disparaît pas sous la pression du doigt; elle paraît dense, par suite de l'épaisseur de l'infiltration, et brun rougeâtre, en raison de la présence du pigment sanguin amené par la stagnation du sang dans dans les vaisseaux comprimés.

Quand une efflorescence cutanée ne présente pas tous ces signes, ce n'est pas une papule syphilitique, ou du moins elle n'est pas récente.

Après une durée plus ou moins longue, arrive la métamorphose régressive et la résorption des cellules. C'est la partie la plus ancienne, celle qui occupe le centre, qui disparaît d'abord.

A ce point, la partie infiltrée se déprime. Au-dessus, l'épiderme, d'abord tendu et en partie proliféré, se plisse; puis, à mesure que disparaît l'infiltration sous-jacente, il se divise en petites squames. Pendant ce temps, les parties périphériques de la papule conservent leur dureté, leur coloration rouge brun, leur aspect tendu, luisant. Nous avons ainsi constamment : au centre, une petite squame déprimée ou une fossette due à l'atrophie de la peau, et, au pourtour, une aréole d'infiltration rouge brun, dense, luisante.

Les formes compliquées de la maladie, le psoriasis (2) palmaire corné,

(1) Comparez Cornil, *Leçons sur la syphilis*. Paris, 1879, page 172 et suiv. E. B. — A. D.

(2) Nous rappelons que nous ne sanctionnons pas l'usage ici fait du terme de « psoriasis », qui appartient à une *affection* propre de la peau, et non à des *lésions* syphilitiques qui sont plus ou moins *psoriasiformes*. E. B. — A. D.

par exemple, qui sont dues à la réunion d'une série de papules en voie d'évolution, seront reconnaissables par l'étude de la marche de chaque papule prise isolément, et pourront ainsi être distinguées des affections analogues non syphilitiques de la paume de la main, du psoriasis simple, de l'eczéma chronique, de la kératose idiopathique de la même région, etc.

Le psoriasis (1) syphilitique palmaire et plantaire diffus ne se développe jamais autrement que par la juxtaposition de papules isolées. Plus tard, elles se joignent par leur périphérie; puis apparaît, au centre de chaque papule, une petite squame, signe très caractéristique. Et même une fois que, par suite de l'atrophie progressive des papules, un dépôt squameux uniforme s'est formé au-dessus d'elles, il reste toujours à leur périphérie un liséré d'infiltration rouge brun s'étendant de plus en plus.

Dans le psoriasis non syphilitique (2), l'eczéma chronique, la kératose non syphilitique de la paume de la main, l'épiderme corné épaissi se continue sans bord saillant qui le sépare de l'épiderme sain des parties voisines.

Au lieu d'arriver à la résorption par dégénérescence graisseuse, les infiltrats syphilitiques peuvent aussi se désagréger par suppuration. Si le liquide est peu abondant, il se dessèche et forme, avec les débris épidermiques, des croûtes d'un aspect sale, brun jaunâtre.

Celles-ci remplacent alors les squames dont nous avons parlé plus haut; quant au reste, la disposition est tout à fait identique. La croûte correspond toujours à la partie centrale, la plus ancienne de l'infiltrat, et est toujours limitée par la partie périphérique non encore désagrégée, qui la sépare de la peau saine environnante. L'aspect de la maladie reste le même, il tient à la disposition en lignes et en arcs de cercle de papules de ce genre en désagrégation. Au début, on voit toujours les croûtes distinctes qui répondent au centre des papules isolées; et même, quand la confluence est complète, on retrouve toujours le liséré d'infiltration périphérique.

Les mêmes conditions peuvent amener la formation de pustules et de

---

(1) Les dénominations de *syphilide* squameuse, psoriasiforme, cornée, exfoliante, etc., doivent être appliquées à ces lésions, *et non* le terme de psoriasis.

E. B. — A. D.

(2) *Il n'y a pas* de « psoriasis syphilitique », mais seulement des syphilides squameuses qui revêtent l'aspect, la forme du psoriasis, et qui sont *psoriasiformes*.

E. B. — A. D.

bulles (herpès et pemphigus (1) syphilitiques) dont les croûtes présentent le même aspect caractéristique.

Les ulcères syphilitiques de la peau ont un aspect typique, qu'ils doivent uniquement à la constance des trois signes indiqués plus haut.

Il n'y a pas d'ulcère syphilitique qui ne soit précédé de nodule; l'ulcère est une perte de substance du nodule lui-même. Comme celui-ci s'ulcère toujours d'abord au centre, il s'ensuit que l'ulcère est entouré de la masse périphérique du nodule, et comme celle-ci se détruit vers le centre, on comprend que le bord et le fond de l'ulcère sont recouverts d'une couche visqueuse, et en outre que le bord est taillé à pic, sinueux, un peu décollé et épaissi.

Une croûte se forme sur l'ulcère selon le mécanisme que nous avons mentionné; puis la partie dans laquelle est creusé l'ulcère central se désagrège, et laisse écouler de la sérosité, qui soulève légèrement la croûte centrale, et produit plus tard une seconde croûte sous-jacente à la première, et la dépassant à sa périphérie. Tout autour de celle-ci, il s'est fait pendant ce temps une nouvelle zone d'infiltration, dans laquelle est alors creusé le second ulcère, et ainsi de suite; c'est de cette façon qu'est constitué le rupia (2) syphilitique. Celui-ci présente donc, comme signes objectifs, une croûte centrale surélevée, entourée de cercles concentriques de croûtes imbriquées, lesquelles sont comme une série de toits superposés, dont chacun des supérieurs est plus

---

(1) Mêmes remarques que dans les notes ci-dessus, il n'y a ni *herpès* syphilitique, ni *pemphigus* syphilitique; les altérations ainsi dénommées sont des *syphilides* vésiculeuses, ou bulleuses. E. B. — A. D.

(2) La dénomination de « rupia » syphilitique est ici acceptable, parce qu'il n'y a pas d'affection idiopathique *propre*, à laquelle cette dénomination soit applicable. Le terme de rupia désigne un processus *commun* à divers états pathologiques; il est essentiellement constitué par le développement excentrique, et successif, de soulèvements épidermiques, auxquels succèdent des séries correspondantes de lésions sous-épithéliales, et des zones successivement ajoutées de concrétions croûteuses.

Lorsque ces croûtes s'élèvent par le centre au-dessus du niveau, en même temps que les zônes successives de la périphérie se multiplient, la croûte prend un aspect *conchyliforme* qui donne le type classique du rupia; mais cet aspect n'appartient pas à une affection en particulier; il n'est jamais pathognomonique; toute ulcération à processus excentrique et successif peut en créer de semblable; selon le mode ulcératif de la lésion rupioïde, la croûte peut être plate, excavée, ou, au contraire, bombée et conique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

petit que l'inférieur, le tout limité par un liséré d'infiltration. Après avoir enlevé la croûte, on trouve un ulcère caractéristique.

Dans le rupia non syphilitique, où les croûtes se forment soit par la destruction périphérique progressive des tissus, comme pour l'ulcère variqueux de la jambe, soit par suite d'une exsudation superficielle, s'accroissant de la même manière, ainsi que cela a lieu dans le cas d'excoriation ou de pemphigus circiné, ce liséré périphérique d'infiltration manque ; il constitue donc un signe important de la syphilis.

Quand l'ulcère syphilitique a, dans sa marche ultérieure, atteint une certaine étendue, l'infiltration périphérique spéciale ne se fait en général que sur les trois quarts ou une partie seulement de son pourtour. Il se peut donc que la partie de l'ulcère, exemptée en quelque sorte de cette infiltration par des granulations qui partent du tissu sain avoisinant, guérisse et se cicatrise. De l'autre côté, au contraire, où s'est formée une nouvelle infiltration spécifique, les tissus se détruisent ; ainsi se trouve constitué l'ulcère réniforme. D'un côté une cicatrice correspondant au hile, tout autour un infiltrat, et entre les deux un ulcère qui s'aplatit vers la cicatrice, tandis que du côté de l'infiltrat, il présente un bord lardacé, taillé à pic.

Qu'une série d'ulcères de ce genre se réunissent et se groupent l'un à côté de l'autre, nous aurons alors une affection constituée par des cicatrices centrales autour desquelles sont adossés une série continue d'ulcères dont les bords convexes, taillés à pic, sont dirigés en dehors, parce que là encore ils touchent les infiltrats isolés situés en général vers la périphérie. C'est là l'ulcère serpigineux syphilitique.

Dans les formes cliniques les plus compliquées de la syphilis cutanée, se vérifie donc cette loi : que toute syphilide est constituée par une infiltration cellulaire bien limitée du chorion et du corps papillaire ; qu'elle représente une papule ou une nodosité de diverses grandeurs, et que toutes les variations extérieures de la syphilide procèdent de la marche régulière de l'infiltration cellulaire, c'est-à-dire que les éléments figurés de l'infiltrat passent à la résorption ou à la suppuration, et que cette régression débute par les parties relativement les plus anciennes, les parties centrales, pour se terminer par les périphériques plus récentes.

Partout où nous ne retrouvons pas ces différents facteurs, nous n'avons pas eu affaire à une syphilide, ou bien celle-ci a cessé d'être, c'est-à-dire a déjà disparu. L'infiltrat ne manque que dans la roséole syphilitique, qui n'est qu'un premier degré de la papule ; dans la syphilide à petites pustules, dont le centre est occupé par un follicule, la petite étendue de la partie dense de l'efflorescence permet plus difficilement de démontrer l'infiltrat.

Après avoir tracé les caractères généraux des syphilides, il sera plus

facile de décrire les divers exanthèmes, car ils présentent tous les mêmes caractères fondamentaux et les mêmes signes différentiels d'avec les affections cutanées non syphilitiques.

D'après leur forme, on divise les exanthèmes syphilitiques en plusieurs variétés :

Roséole syphilitique (*syphilis cutanea maculosa, maculæ syphiliticæ*). Elle consiste en taches de l'étendue d'une lentille à celle de l'ongle, rondes, ovales, d'une coloration variant du rose pâle au rouge livide, planes ou un peu proéminentes (1), pâlissant sous la pression du doigt, distinctes, mais sans limites bien marquées, plus colorées au centre qu'à la périphérie, parfois papuleuses, ne déterminant pas de démangeaisons et siégeant principalement au tronc et sur le côté de flexion des membres (2). Elles persistent avec leurs dimensions primitives, sans se réunir à leurs voisines durant des jours, des semaines, deux ou trois mois, puis disparaissent sans desquamation et sans laisser d'autre trace qu'une pigmentation plus ou moins durable. La roséole non syphilitique s'en distingue par des changements brusques de forme et d'étendue; l'herpès tonsurant maculeux (3), par une desquamation abon-

(1) La roséole syphilitique est le plus ordinairement du type érythémateux, ou plutôt érythémato-maculeux; quelquefois elle est, comme la rougeole, ou comme la roséole lépreuse, franchement saillante, et elle constitue alors ce que l'on appelle la roséole *ortiée* (Fournier), et ce que nous appelons préférablement roséole *boutonneuse,* confondue souvent avec la syphilide papuleuse. E. B. — A. D.

(2) Les taches de la *syphilide érythémateuse* peuvent être vues *partout*; mais elles ont des points de *début*, des *lieux d'élection*, et des régions où elles ne sont *presque jamais* perçues. Le *début* ordinaire a lieu sur les flancs; c'est là où il faut les *chercher* à partir du quarantième jour après l'apparition du chancre, et là où on peut les rendre plus visibles, quelquefois plus précoces, par l'emploi des bains de vapeur, des bains sulfureux, etc. Les *lieux d'élection* sont le tronc entier, dos, thorax, abdomen, face interne des membres; les lieux où elles ne sont pas habituellement perçues sont la face, sauf à la bordure frontale du cuir chevelu, et généralement les parties découvertes, les extrémités des membres; il n'est cependant pas tout à fait exceptionnel, dans les éruptions intenses, de les voir à la face palmaire des mains.

E. B. — A. D.

(3) Lisez... « *pityriasis rosé de Gibert*, et, pour le diagnostic *quelquefois très délicat*, voyez la *note des traducteurs*, au chapitre de la *trichophytie*, dans laquelle l'auteur continue à ranger cette affection, qu'il désigne par la dénomination d'*herpès tonsurant maculeux*.

On peut encore confondre, un moment, les taches de la roséole

dante ; le pityriasis versicolore par la possibilité d'enlever les taches par le grattage (ces deux derniers exanthèmes se reconnaissent encore à leur champignon) (1).

La roséole syphilitique apparaît d'ordinaire comme premier symptôme manifeste de la syphilis constitutionnelle, six à douze semaines après l'infection (2), ou à titre de récidive pendant la première année, rarement pendant la deuxième ou la troisième ; et, dans ce cas, elle se présente sous l'aspect de taches étendues, très rarement annulaires, en forme de cercles rouges persistants, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ou d'une pièce de 5 francs en argent (roséole syph. annulaire) ; jamais on ne l'observe à une époque plus tardive (3).

La roséole de la première période est parfois entremêlée de papules (syphilide maculo-papuleuse) ou de taches avec élevure papuleuse centrale (4).

Syphilide papuleuse (*syphilis cutanea papulosa*). Elle peut se manifester sous forme de grosses et de petites papules.

La syphilide à grosses papules, ou syphilide lenticulaire, consiste en

---

syphilitique avec les *taches bleues* dues au pou du pubis — voy. les *notes des traducteurs* à propos du phthirius inguinal. E. B. — A. D.

(1) Le pityriasis versicolore, *seul*, a un parasite spécifique ; le pityriasis rosé n'en a pas de *connu*. E. B. — A. D.

(2) C'est six à sept semaines après le début du chancre que paraissent communément les taches de la roséole, mais elles peuvent n'apparaître — ou n'être perceptibles, ou perçues, — que beaucoup plus tardivement — *roséoles atypiques ;* ces éruptions peuvent se montrer plusieurs fois pendant la première année et, dans ce cas, c'est presque toujours dans les mêmes régions que la première fois — *roséoles de retour.* E. B. — A. D.

(3) Les « roséoles » que l'on observe passé les délais n'ont pas toujours été précédées d'une première roséole ; ce ne sont pas des roséoles de retour, mais bien des *roséoles tardives.* Elles peuvent être observées dans le cours de la syphilis bien au delà de la troisième année, constituant alors des éruptions fort embarrassantes — *roséoles paratypiques.* E. B. — A. D.

(4) La *polymorphie*, dans la période secondaire et jeune de la syphilis, est assez fréquente, et assez prononcée, pour devenir un *caractère sémiologique* utile.

Quelquefois, dès le début, la roséole affecte surtout l'ostium des follicules pilaires, soit d'une manière diffuse, en nappes, soit par plaques, ne différant de la roséole commune que par la saillie des

papules du volume d'une lentille, ou plus encore, bien limitées, brun rouge, dures, un peu proéminentes, luisantes, s'accroissant et évoluant du centre vers la périphérie, formant des squames et des croûtes, et laissant à leur suite une dépression atrophique, d'abord pigmentée, puis blanche et luisante. Comme on trouve d'ordinaire en même temps ces efflorescences à tous les stades de développement et de régression (polymorphie), le diagnostic de la syphilide lenticulaire est en général assez facile.

Elle constitue souvent, combinée à la roséole, la première éruption de la syphilis constitutionnelle ; c'est la forme la plus fréquente des récidives pendant les cinq à dix premières années et même plus tard encore (1). Plus on est près de la première période, plus elle est généralisée ; dans les périodes tardives, elle est plutôt limitée à certaines

---

follicules pilaires — *roséole miliaire;* elle est souvent confondue, alors, avec la *syphilide papuleuse miliaire véritable*.

Il en est de même de la *roséole boutonneuse*, qui est communément appelée *syphilide papuleuse;* enfin la coïncidence fréquente des *plaques syphilitiques* achève de compléter la multiformité.

Ce n'est pas à dire que nous prétendions que l'*ordre chronologique* des premières éruptions de la syphilis soit immuable, et qu'on ne puisse pas observer une *syphilide papuleuse précoce*, contemporaine de la sclérose chancreuse prolongée, et des éruptions roséoliques; mais nous maintenons que le diagnostic général des premières éruptions de la syphilis n'est pas poursuivi, d'ordinaire, avec une précision suffisante.

C'est encore à la période de la roséole qu'appartient — phénomène de grande importance *séminologique* — une éruption du cuir chevelu caractérisée par de très petites pustules dont la sécrétion jaunâtre, ou sanguinolente par suite des grattages ou du passage du peigne, se concrète en croûtes; c'est à cette éruption qu'on a donné le nom d'impétigo syphilitique du cuir chevelu.

Ajoutons enfin, qu'après la résorption des macules de la roséole, il reste, dans bon nombre de cas, une modification dans la pigmentation de la peau; il en a déjà été question sous le nom de « leucodermie syphilitique » (syphilide pigmentaire). — Voy., *trente et unième leçon*, et *note* 1, p. 28. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Nous renouvelons nos réserves sur la fréquence avec laquelle la syphilide papuleuse véritable coïncide avec la roséole, mais nous reconnaissons qu'il faut savoir gré à l'auteur de se prononcer nettement sur un des points que les syphiligraphes laissent presque toujours dans un vague circonspect, la durée du temps pendant lequel les divers types éruptifs peuvent survenir après l'infection. Nous ne prenons pas à la lettre la possibilité des récidives, après cinq à dix années, de la syphilide papuleuse *proprement dite*, telle qu'on la rencontre dans les deux premières années; nous affirmons seulement, que des lésions certainement syphi-

régions, ce qui permet d'évaluer approximativement l'époque de l'infection.

Dans le cas d'éruption généralisée, l'exanthème est disséminé d'une façon assez régulière, mais cependant plus compacte et plus serrée en certains points; au front (corona veneris), au sillon naso-labial, autour des orifices du nez et de la bouche, sur le côté de la flexion des articulations, au creux axillaire, au sillon mammaire, au pli de l'aine, aux parties génitales, à l'anus. Ces mêmes endroits, ainsi que le cuir chevelu, sont également le siège le plus fréquent des éruptions localisées des périodes tardives de la syphilis : dans ce cas, les papules sont souvent disposées en groupes ou en cercles; leur diagnostic d'avec le lupus est basé sur le phénomène de leur disparition régulière au centre et sur l'absence de nodosités profondes, — abstraction faite des autres symptômes, de leur marche et de leur aspect (1). Dans la syphilis, certaines papules tendent à s'accroître au delà de leur étendue ordinaire et à atteindre la dimension d'une pièce de 5 francs en argent et même

---

litiques, assez superficielles pour ne pas dépasser le type papuleux, peuvent se produire longtemps après que le malade est entré dans la période dite tertiaire, sans aucune limitation du nombre des années. Les éléments éruptifs, dans ce cas, ne sont jamais disséminés, alors même qu'ils sont généralisés (ce qui est rare, mais ce qui s'observe); toujours ils sont groupés, disposés en anneaux, en croissants, en corymbes.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Unna, faisant remarquer que cette syphilide affecte le siége de prédilection de l'*eczéma séborrhéique*, n'y voit qu'une « syphilide lenticulaire développée sur une base séborrhéique », sur un eczéma séborrhéique croûteux — croûtes grasses, et sèches ».

Selon lui, sous l'action de la syphilis, les plaques séborrhéiques plates, inflammatoires, rouge jaune, se transforment en papules spécifiques, foncées, pigmentées, plus saillantes, dures, d'une coloration variant de celle de la chair jusqu'à celle du cuivre, en infiltrats papuleux à bords circinés élevés qui ne trahissent leur origine que par leurs croûtes épaisses se détachant facilement, et la teinte jaune des parties avoisinantes. Sur le cuir chevelu, au pubis, à la barbe, ces papules croûteuses se réunissent, çà et là, en plaques saillantes, déprimées au centre, et entourées par des bords polycycliques, taillés à pic.

Dans la description de Unna, cette forme suit tout particulièrement les traces de la séborrhée dans les sillons naso-labiaux, où elle se traduit par une coloration jaune foncé de la peau, commençant aux sourcils, et gagnant le nez et la bouche jusqu'au sillon mentonnier. Sur les deux côtés du dos du nez, tout autour de la bouche jusqu'au menton, papules dures, du volume d'un pois, semblables à des verrues, disposées en séries caractéristiques. « La syphilis suit la ligne des grosses glandes sudoripares enflammées, et affectées de séborrhée,

davantage. Comme la disparition des parties centrales suit le même développement, on voit se former des anneaux, — syphilide papuleuse orbiculaire, — qu'il est souvent très difficile de distinguer de l'herpès tonsurant, de l'eczéma marginé et du psoriasis annulaire.

Certaines récidives de syphilis se distinguent par leur localisation spéciale; ce sont :

Les papules de la commissure des lèvres et des plis interdigitaux des orteils, qui se crevassent et engendrent des rhagades douloureuses à bords lardacés, nets, caractéristiques.

Les papules de la paume des mains et de la plante des pieds, — psoriasis palmaire et plantaire (1), — se manifestent sous deux aspects, savoir : leurs formes primitives, combinées avec un exanthème généralisé, — elles résultent de papules disséminées et sont parfois disposées en arc de cercle ; — leurs formes tardives, qui apparaissent à titre de récidive et durent des années. C'est à la suite de la fonte diffuse des papules, d'une infiltration profonde, de la production des callosités épaisses et de rhagades que l'on voit survenir l'état désigné sous le nom de psoriasis corné (2). Nous avons indiqué dans les chapitres qui s'y rapportent leurs caractères et leurs signes distinctifs d'avec les kératoses non syphilitiques (eczéma, psoriasis vulgaire, ichthyose) (3).

Les condylomes larges, papules laiteuses, plaques muqueuses sont

---

dans les sillons naso-labiaux. Cet état est si typique qu'il est facile de reconnaître à première vue que l'on a affaire à une affection séborrhéo-syphilitique. »

Nous ne contredisons pas, à titre général, à ces interprétations et à ces remarques; nous faisons observer, seulement, qu'il ne faut pas confondre ces séborrhéosyphilides avec les *plaques syphilitiques* végétantes, qui évoluent aussi sur les mêmes régions, et, exposées à l'air libre, se recouvrent de croûtes, au-dessous desquelles il est facile de reconnaître l'état condylomateux.

E. B. — A. D.

(1-2) Voy. la note 2 de la page 569.

(3) La détermination *nosographique* précise, et la *dénomination* exacte des syphilides sont souvent difficiles quand on veut sortir de la terminologie vague traditionnelle; nous l'avons vu tout à l'heure à propos des *coïncidences éruptives* de la roséole sur le tronc et les membres; mais ces difficultés sont encore plus grandes dans certaines régions, telles que la paume de la main, dans laquelle la syphilis élit si souvent domicile, et où il est vulgaire, et très utile, de la rechercher. On y peut rencontrer, en effet, en même temps, la *roséole*, qui, à la main, desquame, les *plaques syphilitiques*, et aussi la *syphilide papuleuse*, mais non pas elle exclusivement, comme on le déclare d'ordinaire.

Le plus communément, selon nous, la syphilide papuleuse véritable apparaît *plus tard*, de trois mois à un an, et plus, après l'accident pri-

des élevures de la dimension d'une pièce de 1 centime à celle d'une pièce de 5 francs en argent, discoïdes, en plateau, proéminentes, indurées, recouvertes à leur surface d'un détritus grisâtre, sécrétant une sérosité visqueuse, et provenant de papules, dans les points où deux surfaces cutanées sont en contact. On les trouve surtout sur les grandes lèvres de la femme et leur pourtour, au pli de l'aine, au périnée, à l'anus, au scrotum et au pénis, dans le sillon mammaire et dans le creux axillaire. Leur sécrétion est très contagieuse.

Les condylomes larges ne sont pas seulement un symptôme de la syphilis constitutionnelle, et très souvent un indice de récidive, mais parfois aussi, comme le chancre ou l'induration, elles sont une affection primitive, puisque, comme les papules, elles sont transmissibles sous la même forme (1). En trouvant donc une ou plusieurs plaques muqueuses, par exemple, à la commissure des lèvres ou à l'anus d'un

---

mitif. Elle débute, d'ordinaire, au centre de la paume des mains et s'étend par cercles concentriques comme un exanthème serpigineux. Elle s'accompagne souvent de chaleur et de prurit, et détermine l'apparition de squames épaisses, dures, graisseuses, principalement à la périphérie ; ces amas squameux sont traversés de fissures et de rhagades profondes, douloureuses, au niveau des plis de la peau. Selon Unna, cette forme grave de la syphilide psoriasiforme du creux de la main est un mélange d'eczéma séborrhéique et de syphilide papuleuse. C'est à la coexistence de ces deux processus que cette syphilide devrait sa grande tendance aux récidives, sa résistance à la médication spécifique seule, et la nécessité d'un traitement local approprié.

E. B. — A. D.

(1) L'accident primitif n'est jamais d'emblée une plaque; celle-ci est toujours *précédée* par un *chancre* sur lequel elle se développe *secondairement*. Le fait de la production du chancre par le contage syphilitique quelle qu'en soit la source — et cette source est dans la grande, dans l'immense majorité des cas, le condylome plat — est incontestable. Il n'est pas moins incontestable que les condylomes peuvent apparaître fort peu de temps après le chancre, et se développer dans son atmosphère immédiate; cela est presque suffisant pour réfuter l'idée du condylome, — accident primitif, — et pour ne pas laisser s'accréditer une erreur qui serait regrettable à plusieurs points de vue.

La lésion que les condylomes plats transmettent à un sujet sain est invariablement un chancre syphilitique, et jamais un condylome plat ou une autre lésion. Telle est la règle immuable pour toutes les transmissions; quel que soit l'agent contaminant, le résultat de la contamination est toujours le même, un chancre : un nourrisson atteint par hérédité de lésions de la muqueuse buccale, produira toujours chez sa nourrice, par leur contact, un *chancre*. Ceci est absolu; Rollet, le premier, en constatant le fait, l'a systématisé.

Ernest Besnier. — A Doyon.

nourrisson, ou encore au mamelon d'une nourrice, on ne peut pas décider immédiatement si elles sont la récidive d'une infection ancienne ou le premier symptôme d'une syphilis contractée deux à trois semaines auparavant (1).

La syphilide à petites papules, lichen syphilitique (2), est constituée par des papules de la grosseur d'un grain de pavot à celle d'une tête d'épingle, dures, disposées presque toujours en groupes ou en arcs de cercle, recouvertes souvent de petites pustules, desquamant, et laissant à leur suite de légères dépressions atrophiques de la peau. Elle est rarement généralisée, quand elle constitue le premier exanthème ou une récidive précoce de la syphilis, et dans ce cas elle est souvent entremêlée de papules lenticulaires, ce qui en facilite beaucoup le diagnostic d'avec le lichen des scrofuleux et le lichen ruber. Comme forme de récidive, elle se localise le plus souvent aux articulations, autour de la bouche et de l'orbite (3). La syphilide généralisée à petites papules est extrêmement rebelle, elle récidive souvent sous la même forme et se

---

(1) Les *plaques syphilitiques*, *pustules plates*, *muqueuses*, *humides*, *tubercules plats de* Legendre, *syphilide papuleuse humide* de Bassereau, *plaques muqueuses* de Davasse et Deville, *plaques syphilitiques* de Bazin, ont été étudiées, et décrites admirablement en dernier lieu, par E. Pingaud, *article* Condylomes du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article auquel nous renvoyons le lecteur qui voudra s'éclairer sur ce sujet, en dehors de tout préjugé traditionnel. Cette question est une de celles qui sont le plus généralement inconnues ou mal connues; les plaques proprement dites pouvant évoluer d'*emblée* ou se développer sur une *lésion préalable*, syphilide papuleuse commune, induration initiale, érosion eczémateuse intertrigineuse, etc.; elles revêtent, dans ces cas différents, une variété d'aspect qui les ont fait considérer, et dénommer, comme des lésions différentes telles que syphilide papulo-croûteuse, papuleuse végétante, papulo-hypertrophique, etc. Dans leurs formes annulaires, elles sont confondues avec les syphilides annulaires et circinées qui appartiennent aux périodes tardives, etc. Nous avons fait mouler, et nous avons déposé dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, une série de pièces comprenant la totalité des formes de la plaque syphilitique, et montrant le bien fondé des descriptions absolument typiques de Bazin et de Pingaud. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Nous avons pas besoin de répéter qu'il n'y a pas de lichen *syphilitique*, et qu'il suffit de dire, si on juge cela utile : *syphilide* lichénoïde. E. B. — A. D.

(3) Fournier a décrit, sous le nom de *syphilide granulée*, une éruption de petites élevures grenues, pleines, arrondies, verruciformes, papillaires, à poussées successives, dont les sièges de prédilection — sillon naso-labial, plus rarement sillons mentonnier et auriculaire — constituent un des meilleurs signes révélateurs de la syphilis.
E. B. — A. D.

rencontre fréquemment chez les sujets cachectiques ou atteints de cachexie syphilitique.

Syphilide pustuleuse. Elle présente les mêmes formes que la syphilide papuleuse, dont elle dérive par la fonte purulente de l'infiltrat; elle se manifeste par conséquent sous les deux mêmes types : à grosses et à petites pustules.

La syphilide à grosses pustules (variole, acné, impétigo syphilitique) (1) est formée d'efflorescences de la grosseur d'un grain de plomb, d'un pois, ou d'une fève, contenant du pus (2), et entremêlées de papules non recouvertes de pustules. Les pustules sont planes, bordées par un liséré rouge brun, dur, luisant, proéminent, c'est-à-dire par les parties les plus jeunes de la papule qui en constitue la base. En se desséchant, elles forment des croûtes, dont la chute laisse à nu la papule caractéristique, déprimée au centre.

La forme généralisée de syphilide à grosses pustules constitue souvent la première éruption, d'ordinaire accompagnée de fièvre, ou bien une récidive de la première période de la syphilis. On s'étonne de voir qu'elle est assez fréquemment confondue avee la variole ; erreur qui n'est possible que si l'on méconnaît les caractères des pustules, leur mélange avec des papules, l'absence de petites papules (*Stippchen*) et de ce stade où l'éruption n'est encore constituée que par des vésicules contenant un liquide clair comme de l'eau, enfin la durée de l'éruption qui persiste plusieurs mois et diffère complètement de celle de la variole. Dans les récidives des périodes tardives de la syphilis, l'éruption est localisée à certaines régions et disposée en groupes ou en corymbes comme les formes papuleuses correspondantes. Quand elle siège au nez et au front, il est difficile de la distinguer de l'acné et du lupus ; au cuir chevelu, de l'eczéma impétigineux ; aux membres inférieurs, où leur base est souvent d'un brun livide, de l'acné des cachectiques.

Lorsque, par suite de leur accroissement périphérique et de leur transformation successive en pustules, les papules ont atteint la dimen-

---

(1) On peut dire *impétigo syphilitique*, *mais non variole*, ni *acné* syphilitiques, la variole et l'acné représentant des maladies propres; les termes de *syphilide* varioliforme, acnéiforme, sont seuls corrects. E. B. — A. D.

(2) Dans la syphilide pustuleuse, la formation pyoïde est due, d'une part, à l'acuité du processus, et, de l'autre, à l'accès des micro-organismes pyogènes. La pustulation, qui n'est pas dans le plan normal de la syphilis, y est d'ailleurs *éphémère*, et la syphilide pustuleuse proprement dite, varioliforme, acnéiforme, etc., redevient bientôt une syphilide néoplasique commune. Ernest Besnier. — A. Doyon.

sion d'une pièce de 50 centimes [à celle d'une pièce de 5 francs en argent, il en résulte différentes formes qui ont des noms spéciaux. Quand elles présentent une grosse pustule centrale, c'est le pemphigus syphilitique (1); quand à une croûte centrale vient s'ajouter une série de zones formées de cercles de croûtes et de pustules, c'est le rupia syphilitique; et après la guérison du centre, la syphilis annulaire pustuleuse. Dans toutes ces variétés, le développement de pustules sans vésicules préexistantes, l'aspect de l'ulcération, ou l'atrophie après la chute des croûtes et le liséré d'infiltration bien limité, permettent le diagnostic différentiel d'avec les autres processus analogues non syphilitiques : pemphigus vulgaire circiné et rupioïde, pustules d'eczéma et d'excoriation, herpès iris et herpès tonsurant vésiculeux.

La syphilide à petites pustules se présente, comme la syphilide à petites papules dont elle dérive, sous l'aspect de pustules disposées en groupes ou en arcs de cercle, du volume d'un grain de mil à celui d'une tête d'épingle et dans les mêmes conditions. Le diagnostic différentiel d'avec le lichen des scrofuleux n'est parfois possible qu'en présence d'autres manifestations éloignées et surtout de papules lenticulaires.

De même que le pronostic de la syphilide lenticulaire est en général plus favorable que celui du lichen syphilitique, de même celui de la syphilide à grosses pustules l'est plus que celui de la syphilide à petites pustules.

Syphilide tuberculeuse (*syphilis cutanea gummatosa*). Elle consiste en tubercules plus gros (2) qui, d'après leur siège primitif et habituel, peuvent être divisés en tubercules gommeux, cutanés et sous-cutanés. A part de rares exceptions, elle constitue une éruption de la période tardive de la syphilis et reste en général limitée à certaines régions. Les tubercules cutanés ont le volume d'un pois, d'une fève ou plus encore, quelquefois discrets, le plus souvent disposés en groupes, — syphilide en corymbes, S. en grappe, — ou en cercles et en arcs de cercle, — S. serpigineuse. Ces formes ont la plus grande ressemblance avec le lupus serpigineux, dont elles diffèrent par les caractères positifs que nous avons mentionnés à plusieurs reprises et par l'absence d'infiltration lupeuse dans l'aréole cicatricielle centrale.

Les tubercules sous-cutanés, gommes vraies (3), sont constitués au début par des nodosités grosses comme un pois, une noisette, ou plus vo-

(1) Lisez, *syphilide bulleuse*. E. B. — A. D.

(2-3) Ce n'est pas le volume, mais la base intradermique profonde qui constitue le tubercule nosographique, tous les tubercules sont *cutanés;* les « tubercules *sous-cutanées* » sont des *gommes*. E. B. — A. D.

lumineuses, arrondies, mobiles, puis, après leur pénétration dans le derme, fixes, ovales, élastiques, douloureuses à la pression. Les gommes suivant leur dimension disparaissent, après des semaines ou des mois, par atrophie et résorption ; celles qui sont sous-cutanées s'effacent par la dépression de la partie centrale et prennent ainsi la forme d'un biscuit.

SYPHILIDE ULCÉREUSE. Elle est due à la fonte purulente des tubercules (1). Les ulcères syphilitiques sont caractérisés par une grande sensibilité, par une forme et une constitution spéciales que nous avons indiquées plus haut (tome II, p. 571).

Suivant la forme de l'infiltration, ils sont ronds, réniformes, serpigineux, ou ont l'aspect du rupia. Les ulcères qui dérivent des gommes sous-cutanées ont un caractère moins typique, parce que ces tubercules sont disposés d'une façon moins régulière que les tubercules cutanés (2).

En raison de la destruction rapide des tissus, les syphilides ulcéreuses ont la plus grande importance pratique, surtout quand elles s'attaquent à certaines parties, telles que le nez, les lèvres, la face en général. Là, comme au cuir chevelu, elles déterminent souvent la nécrose des cartilages et des os sous-jacents ; aux mains et aux membres inférieurs, elles aboutissent, par suite de complications inflammatoires, à l'œdème chronique, à l'hypertrophie éléphantiasique et à des mutilations. Quant au reste, le pronostic des syphilides ulcéreuses est le même que celui des autres syphilides (3).

(1-2) Toute la question des syphilides *ulcéreuses* et *pyogéniques* est à reconstituer avec des observations *microbiologiques nouvelles*. Leur description sur des bases renouvelées, et appropriées aux connaissances actuelles, réclame un peu plus de temps. Nous signalerons dans cette direction les études récentes de P. G. UNNA et TOMMASOLI, Neu Stud. ü. Syphilide, *Dermat.* Stud., III, 1890 — sur le rôle des micro-organismes pyogènes, prononcé surtout dans les syphilides superficielles, et chez les sujets dont l'état général est mauvais, ou qui sont soumis à une cause d'affaiblissement quelconque. C'est dans cette série que se rencontrent surtout les formes de syphilides à élément purulent accentué, habituellement dénommées sous les termes impropres de *impétigo*, *ecthyma*, etc., *syphilitiques*. Les études nouvelles doivent porter sur chacune d'elles, et sur toutes les formes de *syphilides ulcérantes, précoces ou tardives, phagédéniques*, etc., dans leurs rapports avec les infections secondaires.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(3) Les syphilides ulcéreuses se distinguent en *précoces* et en *tardives*. Quand elles sont vraiment *ulcéreuses* dans la période *secondaire* proprement dite, les syphilides sont *anomales*, et ont un pronostic immédiat évidemment plus défavorable, puisque la lésion, au lieu d'être

SYPHILIDE CUTANÉE VÉGÉTANTE (frambœsiforme). Elle est formée par des bourgeons papillomateux, rouges, mamelonnés, verruqueux, qui se développent au-dessus de papules ou de tubercules excoriés ou ulcérés. Ils siègent le plus souvent au sillon naso-labial, à la commissure des lèvres, dans les plis cutanés des parties génitales et de la région inguinale, au sillon mammaire, rarement sur d'autres points du corps. Ces excroissances verruqueuses ont, dans ce cas, la même signification que les végétations qui se développent dans les autres processus inflammatoires non syphilitiques, l'éléphantiasis des Arabes, le sycosis, le lupus, et dont nous avons déjà parlé. On ne peut les considérer comme syphilitiques qu'autant que leur base est constituée par un infiltrat syphilitique (papule, gomme); une fois que celui-ci a disparu, le diagnostic n'est plus possible, car ces excroissances verruqueuses ne se comportent, ni cliniquement ni histologiquement, comme des lésions syphilitiques, mais bien comme des néoformations conjonctives.

Ce sont principalement ces formes papillomateuses de la syphilis qui ont été introduites dans la littérature à une certaine époque, comme maladies endémiques sous le nom de Radesyge (Norvège), Siwwens (Écosse), Falcadina (Istrie), Morbus Dithmarsicus, Yaws, Frambœsia (Indes Occidentales), etc... et dont j'ai déjà étudié les diverses significations (tome II, p. 149).

Cependant relativement au frambœsia on s'est efforcé de donner la preuve de son indépendance pathologique; autrefois Köbner, Wegscheider, L. Meyer (tome II, p. 148) et récemment aussi de nombreux auteurs, notamment des auteurs anglais et américains (Tilbury Fox, Gavin, Milroy, Hardaway, etc.) et particulièrement Pontoppidan et M. Charlouis (Java), ont soutenu cette thèse. Ce dernier auteur décrit, absolument comme Sauvages, le frambœsia comme une affection sur-

---

résolutive, selon la règle, est ulcéreuse, et que, partant, elle laisse à sa suite une cicatrice indélébile. Il n'est pas nécessaire d'insister.

Ce pronostic, même à titre immédiat, est encore essentiellement défavorable quand la nécrobiose envahit rapidement les infiltrats syphilitiques sur de grandes surfaces, et en des points nombreux, constituant les diverses variétés de syphilide maligne précoce, si bien décrites par Dubuc et Bazin. Nous avons réuni ces variétés dans un chapitre général sous la dénomination de *syphilides secondaires anomales ou irrégulières*, lesquelles comprennent des formes légères, moyennes ou très graves, soit à titre général, soit à titre local — *syphilides secondaires anomales, simples*, *graves* ou *intenses*, *malignes*.

Ces formes anomales indiquent-elles, *pour l'avenir*, un pronostic plus grave? Oui, dans beaucoup de cas, mais non absolument.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

venant dans les Indes Occidentales chez les nègres africains (Yaws), dans les Indes Orientales, au contraire, de préférence chez les races indigènes; cette affection produit concurremment avec des phénomènes fébriles des nodosités disséminées au début, plus tard confluentes, puis humides et formant des excroissances papillaires ou des ulcérations profondes (Mamapian), en général elle s'éteint spontanément dans le délai d'un an; elle est contagieuse et curable rapidement par un traitement anti-syphilitique, mais elle serait différente cependant de la syphilis.

Toutes ces circonstances plaident évidemment plutôt pour que contre la nature syphilitique des formes ci-dessus décrites.

Il est au contraire un fait qui mérite notre attention au plus haut degré. Charlouis a déterminé une syphilis constitutionnelle en inoculant un chancre induré à un homme atteint de frambœsia; ce qui pour ce seul cas tout au moins indique, d'une manière positive, que le frambœsia de ce malade n'était pas de la syphilis.

Néanmoins c'est là un point à éclaircir. Charlouis propose pour cette affection la dénomination qui ne préjuge rien de « polypapilloma tropicum » (1).

Dans la SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, on observe soit à la naissance, soit dans le courant des trois premières semaines de la vie extra-utérine (rarement plus tard), une syphilide qui ne se distingue pas essentiellement de celles de la syphilis acquise (2). C'est d'ordinaire un exanthème maculo-papuleux accompagné de rhagades à la commissure buccale, à l'anus, aux plis interdigitaux, plus rarement une syphilide pustuleuse sous

---

(1) CHARLOUIS, über Polypapilloma tropicum (Frambœsia), *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1881, p. 431. E. B. — A. D.

(2) Les localisations cutanées de la syphilis héréditaire offrent d'assez nombreuses particularités :

La peau du nouveau-né atteint de syphilis congénitale est sèche, et ridée, souvent hyperhémique, — *érythème* à taches plus ou moins grandes, diffuses, rouge foncé ou brun clair, qui parfois forment en s'unissant, de larges surfaces à bords festonnés. On les observe sur le cou et au menton où elles forment un véritable collier; à la face postérieure des cuisses et des jambes, mais principalement à la paume des mains et à la plante du pied. Là ces taches sont presque caractéristiques par leur exfoliation épidermique — *érythème squameux* — Trousseau et Lasègue, *Arch. gén. de Méd.*, 1847. Mais les caractères essentiels de cette lésion sont l'épaississement, la sécheresse des parties malades, l'absence complète de douleur et de prurit. — Madier-Champvermeil, *Des syphilides palmaires et plantaires étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire*, Thèse de Paris, 1874. — Les ongles sont presque toujours altérés, ils ont perdu leur poli et leur transparence.

forme de grosses pustules, développées sur des papules planes, ulcérées, — pemphigus syphilitique. Je signalerai comme spéciale et comme caractéristique de la syphilis héréditaire, une infiltration diffuse de la plante des pieds et de la paume des mains, dont la peau est d'un rouge brun uniforme, sèche, luisante, et présente çà et là des rhagades.

Au bout de quelques années, la syphilis héréditaire se manifeste par des tubercules et par des ulcérations gommeuses, comme dans la période tardive de la syphilis acquise (1).

Les plaques syphilitiques, condylomes plats, se présentent aussi très fréquement au cours de la syphilis héréditaire, dans les régions où deux surfaces cutanées se trouvent en contact, ou dans lesquelles la peau est irritée et enflammée par les sécrétions, notamment dans les régions génito-anale, le creux de l'aisselle, le sillon mento-labial. A la bouche, principalement aux commissures buccales où elles ont un aspect fissuré, croûteux, les plaques syphilitiques sont un danger permanent de contagion; elles sont l'origine la plus commune des chancres mammaires transmis par les enfants aux nourrices.

Les lésions de la syphilis cutanée héréditaire, et généralement toutes celles de la *syphilis infantile*, peuvent être étroitement SIMULÉES par des lésions NON SYPHILITIQUES, érythémateuses, bulleuses, ecthymateuses, etc., surtout chez les enfants cachectiques, athrepsiques, mais non exclusivement chez eux. Aussi, la plus grande circonspection s'impose au médecin appelé à décider si des lésions quelconques *observées chez un sujet de la première enfance* sont, ou non, syphilitiques — Cf. L. JACQUET, Des érythèmes papuleux fessiers, post-érosifs, *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1886; E. Besnier, Syphilis infantile (Syphilides et Syphiloïdes), *Bulletin médical*, 1887, p. 499; et Érythème vacciniforme syphiloïde, ou Syphiloïde vacciniforme infantile, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. X, 1890, p. 443, et *Comptes rendus des réun. clin. de l'hôp. Saint-Louis*, 1889; H. FEULARD, Érupt. papul. d'aspect vacciniforme ou syphiloïde, etc., *France médicale*, 1887; Herpès vacciniforme, *pièce* 325, *collect. part.* de FOURNIER, Musée de Saint-Louis; HALLOPEAU, Ecthyma vacciniforme syphiloïde, *pièces* 1261, 1332, Musée de Saint-Louis.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Dans la syphilis héréditaire TARDIVE, les manifestations cutanées — 56 fois sur 212 cas (Fournier) — paraissent fréquentes de dix à dix-neuf ans. Presque toujours tertiaires — *syphilides tuberculeuses ou gommeuses* — elles sont identiques à celles de la syphilis acquise; caractérisées par des nodosités dures, rénitentes, indolentes, de volume variable, rouge foncé, avec légère desquamation. Quand elles sont groupées, — cas le plus fréquent — elles forment un demi-anneau. Selon Fournier, leurs sièges d'élection sont la face (28) et la jambe (27) sur 53 cas. En général, ces nodosités s'ulcèrent — syphilides tuberculo-ulcéreuses; elles ont alors une grande analogie avec les ulcérations lupiques, tuber-

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON

SYPHILIS CUTANÉE (*Suite*)

TRAITEMENT

Le traitement des syphilides est en général celui de la syphilis constitutionnelle dont elles sont un symptôme. Tous les médicaments et toutes les méthodes de traitement, qui agissent sur la maladie spécifique du sang, font disparaître également d'une façon rapide les exanthèmes syphilitiques ; et ils en empêchent d'autant mieux les récidives, qu'ils ont une action plus durable sur la maladie constitutionnelle (1).

Il serait donc convenable de vous exposer ici les principes d'un traitement rationnel de la syphilis tel que je le comprends. Pour certains détails, je vous renvoie aux ouvrages récents et bien connus sur la syphilis.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Le traitement de la syphilis n'a pas marché du même pas que sa pathologie, bien que celle-ci, également, n'ait pas eu une allure très rapide. Sous le rapport des remèdes comme en ce qui regarde les

---

culeuses, avec lesquelles on les confond du reste assez fréquemment — *Syphilides lupoïdes.* V. AUGAGNEUR, Étude sur la syph. héréd., *Thèse de Paris*, 1879, p. 89 — « Les lésions de la peau dues à l'hérédité se rapportent à deux espèces principalement : la syphilide tuberculo-ulcéreuse et les gommes.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les *exceptions* sont nombreuses; d'une part, il n'est pas rare de voir des syphilides lentes à subir l'action des agents internes, et pour lesquelles il est indispensable d'avoir recours à une médication *locale*, spécifique ou autre ; et, de l'autre, la médication interne la plus énergique, la plus soutenue, et la mieux dirigée, n'empêche pas toujours la réapparition des syphilides. Sur toutes ces éventualités, les conditions individuelles propres, ou acquises, ont une action considérable.

E. B. — A. D.

méthodes, la thérapeutique n'est pas essentiellement différente de ce qu'elle était à la fin du XVe et au commencement du XVIe siècle. A cette époque, on ne connaissait que la cure par les frictions au moyen de l'onguent mercuriel. Malgré l'emploi du mercure, on voyait survenir de graves récidives qui résistaient aussi aux traitements spécifiques répétés. Dans les trente premières années du XVIe siècle, on importa en outre des Indes Occidentales les décoctions de bois sudorifiques qui guérissaient rapidement, disait-on, les formes anciennes de la syphilis : il devint donc facile aux adversaires du mercure de faire prédominer l'opinion que les récidives n'étaient pas le fait de la syphilis, mais étaient dues à l'action du mercure ; aussi ce médicament tomba-t-il en discrédit comme antisyphilitique.

Mais les boissons sudorifiques ne donnèrent pas de meilleur résultat que le mercure. Après leur emploi, on vit aussi des récidives et c'est ainsi que, trente ans à peine après, le mercure revint encore une fois au premier rang parmi les antisyphilitiques sur lesquels on peut compter, et jusqu'à ce jour il l'est resté. La seule acquisition réelle que le traitement de la syphilis ait faite dans ces derniers temps, depuis la première moitié du XVIe siècle, est l'iode qui a été introduit dans la thérapeutique durant les cinquante dernières années de notre siècle ; puis, abstraction faite de l'administration interne du mercure, on a eu recours à des modes d'emploi de ce dernier remède, plus efficaces à un double point de vue : le premier est représenté par la cure de frictions, plus rationnelle en ce sens qu'elle évite les troubles hygiéniques accessoires, et le second consiste dans l'introduction sous-cutanée du mercure, méthode que l'on doit à Lewin.

Il n'y a aucun intérêt en l'état actuel, pour la tâche que nous nous proposons, de mentionner sans nous y arrêter l'école dite physiologique de Broussais, du commencement de ce siècle, qui indiquait le « laisser-aller » comme la meilleure méthode de traitement de la syphilis ; il est tout aussi inutile de discuter la doctrine erronée que soutiennent à peine encore quelques auteurs, qui, comme à l'époque de Hutten, voient dans les formes tardives de la syphilis des « maladies mercurielles ».

Mais il est peut-être opportun, en présence des doutes manifestés à plusieurs reprises, par exemple par v. Bärensprung, sur la curabilité de la syphilis, d'insister de la manière la plus énergique sur ce point, que nous considérons la syphilis comme une maladie curable ; et même parmi les différentes affections constitutionnelles infectieuses, comme une de celles que l'on peut le mieux guérir, puisque nous avons à notre disposition des remèdes et des méthodes, qui peuvent non seulement modifier les lésions locales, celles des tissus et des systèmes, mais encore

influencer directement et de la manière la plus efficace la maladie générale du sang, la faire disparaître et guérir ainsi l'individu (1).

Si le médecin praticien, guidé par des connaissances pathologiques solides, sait varier le traitement de la syphilis, en tenant compte de la période, de la préparation médicamenteuse et de la méthode d'application, avec la conscience du but à atteindre et avec l'énergie nécessaire, il lui est possible d'empêcher ou d'écarter beaucoup de malheurs individuels et sociaux. Or, comme le traitement de la syphilis est si certain, si plein de promesses, et en même temps pour l'individu et pour l'hygiène sociale si indispensable, il semble très désirable que tous les médecins praticiens, et non pas seulement ceux qui sont voués au traitement spécial de cette maladie, acquièrent des connaissances suffisantes et se forment une opinion personnelle au sujet de la valeur

---

(1) Ici encore, il y a lieu d'assourdir un peu cette déclaration et ces promesses. Il est vrai que, *pour un certain nombre de sujets*, pour la majorité si l'on veut, la syphilis « guérit » en ce sens qu'après une période d'activité plus ou moins accentuée, tout paraît rentrer dans l'ordre; la santé est florissante, la résistance vitale intacte, les enfants procréés sont sains, l'existence suit son cours sans qu'il se manifeste rien. Tout cela, chose à ne pas négliger d'indiquer, *non pas seulement* chez les sujets traités avec suite et activité, mais encore chez beaucoup d'individus qui n'ont subi qu'une médication courte et éphémère. Comptez le nombre des sujets qui se présentent, dans une année entière, aux consultations de nos hôpitaux, atteints de la sclérose initiale, et qui y reparaissent pendant les premiers mois; additionnez, d'autre part, les unités qui, dans le même espace de temps, viennent aux mêmes consultations pour des accidents secondo-tertiaires ou tertiaires, et qui, si la maladie persistait chez la majorité, devraient s'additionner chaque année, et vous serez étonné du nombre *relativement* grand de sujets chez lesquels la syphilis s'éteint *spontanément*. Donc, dans un nombre de cas que l'on ne pourrait chiffrer sévèrement, mais qui est vraiment considérable, la syphilis guérit; les syphilitiques ne semblent pas contaminer les femmes qu'ils fécondent, et procréent des enfants qui paraissent sains; particulièrement quand une médication judicieuse et énergique est intervenue, mais aussi, dans un bon nombre de cas (ainsi que cela a lieu pour la majorité des patients qui viennent aux hôpitaux) où il n'a été fait qu'une médication exactement limitée à la durée des accidents initiaux.

Mais il importe, d'autre part, de ne pas oublier qu'un certain nombre de malades, en dépit des traitements les mieux ordonnés et les plus persévérants, d'une hygiène appropriée, etc., ont d'incessantes récidives. Ces retours offensifs paraissent être, il est vrai, plus fréquents quand le traitement a été moins parfaitement suivi, les lois de l'hygiène méconnues, le malade débile ou dans de mauvaises conditions de santé; affaibli, mal nourri, adonné à l'alcool, surmené, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

des expériences et des théories concernant le traitement de la syphilis.

Certaines questions de principe jouent ici un rôle décisif, car c'est selon la manière dont on les résout qu'on posera et dirigera l'intervention médicale et pratique. Il est essentiel d'expliquer ici brièvement les plus importantes de ces questions.

1° Est-il possible, à l'aide d'un traitement déterminé des formes initiales, d'empêcher l'infection générale; en d'autres termes, existe-t-il une méthode de couper la syphilis?

Pour la solution de cette question, il est indifférent que l'on se place, comme je le fais moi-même, au point de vue unitéiste et que l'on ait la conviction que toute espèce de lésion primaire, chancre mou ou chancre dur, érosion, sclérose ou papule peut, comme produit de la contagion directe, être le point de départ et devenir la source de l'infection générale, ou que, comme les dualistes, on n'attribue ce rôle qu'à la sclérose typique. Il importe seulement de se mettre en garde contre l'opinion jadis professée par v. Bärensprung, que la sclérose est une manifestation de l'empoisonnement général déjà réalisé, de la syphilis constitutionnelle complète. Car avec cela le terrain manquerait *à priori* pour la méthode de l'excision. Si l'on part de cette donnée, très probablement la seule vraie, que le virus spécifique reste au point de la lésion primitive un certain temps, qu'il n'est du reste pas possible de préciser, et qui vraisemblablement n'est pas toujours le même, et que ce virus n'est absorbé que pour être porté dans les courants sanguin et lymphatique, puis dans les tissus : théoriquement, il en ressort tout naturellement ce précepte qu'il faut empêcher cette résorption et par là l'infection générale, mettre obstacle dès le début à la syphilis constitutionnelle, la couper (1).

---

(1) Deux points sont à relever dans ce passage où l'auteur donne, du haut de sa chaire magistrale, un enseignement que nous considérons comme n'étant pas conforme à la réalité des faits : 1° La déclaration de l'identité de tous les chancres, *l'unitéisme;* 2° la doctrine de *l'arrêt du virus syphilitique au point d'insertion*, dans laquelle le chancre n'est pas considéré comme la première manifestation de l'infection syphilitique réalisée, mais seulement comme un accident local.

1° *Unitéisme et dualisme.* — Le lecteur n'attend pas que nous nous attardions à discuter des choses jugées ; il y a longtemps que Ricord, avec quelques réserves, Bassereau franchement, et surtout l'École de Lyon, Diday, Rollet, ont fait complète justice de la théorie de l'identité, que le professeur Kaposi a reprise pour son compte dans son *Traité de la Syphilis* (1881), et qu'il poursuit encore aujourd'hui, lui seul.

Si quelques chancres simples s'indurent accidentellement, et si quelques chancres syphilitiques ne sont pas durs; si les deux lésions

En réalité, la médecine pratique n'a jamais renoncé à s'acquitter de cette tâche et à considérer les tentatives de couper la syphilis comme une partie importante de la thérapie.

Il y a pour atteindre ce but théoriquement et pratiquement trois moyens différents.

1° La destruction du virus au lieu et place de son introduction, donc dans et avec la lésion primaire. On peut y parvenir de deux manières. Par une cautérisation énergique qui détruit le tissu et neutralise le virus qui végète là localement. Déjà Ricord a appliqué cette méthode, mais il n'en attendait pas de grands résultats.

2° Par l'excision de la lésion primaire, de la sclérose.

Cette deuxième méthode a été pratiquée durant ces dernières années dans beaucoup de cas et par bon nombre de médecins et a été le sujet de fréquentes discussions. Les résultats ne sont, en apparence, satisfaisants que pour une très minime proportion des cas, et, pour la plus grande partie, négatifs.

Quant à ce qu'il faut penser des prétendus résultats positifs obtenus par la cautérisation ou l'excision (traitement préventif), il y a lieu de faire les remarques suivantes :

L'absence de la syphilis après la cautérisation ou l'excision de l'affection primaire ne peut pas être considérée en elle-même comme un résultat positif, puisque en premier lieu toute sclérose n'est pas néces-

---

peuvent coexister ; si la morphologie des chancres est souvent atypique ; ces difficultés *particulières* ne changent rien à ce fait *général* qu'il existe DEUX CHANCRES, absolument distincts, non pas seulement par l'ensemble de leurs caractères objectifs, mais encore par la durée de l'incubation, l'adénopathie, la ré-inoculabilité, les accidents ultérieurs, etc.

2° *Internement du virus syphilitique dans le chancre.*— L'auteur déclare que si l'on admettait que le chancre syphilitique induré est déjà la preuve que l'infection syphilitique est faite, « le terrain manquerait, *a priori*, pour la méthode de l'excision. » Cette considération n'est pas philosophique, car, de deux choses l'une, le fait existe ou non ; si il existe, aucune des conséquences qu'il entraîne ne saurait faire qu'il n'existe pas.

Or, malheureusement, il existe ; l'incubation du chancre syphilitique, la rapidité de la diffusion au système lymphatique, l'insuccès des excisions chancreuses les plus larges et les plus précoces, la non ré-inoculabilité, et bien d'autres choses encore, l'établissent surabondamment. Ajoutons seulement que cette question reste *disjointe* de celle du traitement « *préventif* » des accidents syphilitiques à l'aide du mercure, seul argument sur lequel compte la doctrine unitéiste, représentée par l'auteur, et dont nous nous occuperons un peu plus loin.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

sairement suivie de syphilis (Bœck et moi-même avons cité des cas de ce genre) et parce que, en second lieu, il dépend uniquement du jugement subjectif du médecin qui opère à ce moment d'apprécier si la lésion primaire dont il s'agit représente bien une lésion indiquant la syphilis, une sclérose typique. Mais combien n'y a-t-il pas de lésions primaires qui n'ont rien de scléreux et qui cependant sont suivies de syphilis.

Il reste donc encore à mettre dans la balance les chiffres de la statistique.

Mais on a démontré jusqu'à présent qu'il faut réduire les chiffres dans une proportion qui est de plus en plus considérable à mesure que le temps de l'observation après l'opération est plus prolongé.

En outre, nous manquons de toute base sérieuse pour fixer un terme où théoriquement il serait permis d'admettre que l'extinction ou l'élimination locale du virus serait complète.

Sigmund a vu une sclérose appréciable dès le troisième jour. On ignore si l'absorption ne peut pas avoir lieu bien plus tôt.

D'autre part, la constitution de la sclérose présente souvent des variations que l'on peut observer dans bon nombre de cas jusqu'à la troisième semaine, ce qui tendrait à prouver que peut-être le virus reste souvent localisé pendant un laps de temps assez long.

L'absence d'engorgement distinct des ganglions voisins est un critérium négatif, attendu qu'on peut admettre l'absorption sans qu'il y ait engorgement ; mais la présence de l'adénite n'est pas non plus un caractère positif, puisque toute lésion, et notamment la suppuration, peut la produire (1).

La constatation d'un bacille découvert par notre assistant clinique, le Dr Lustgarten, pourrait être un critérium certain pour caractériser spécifiquement une lésion primaire et par suite aussi ses conséquences pratiques, si le rapport de ce bacille à la syphilis était déjà solidement établi à tous les points de vue. En tout cas, il paraît indispensable de continuer encore les recherches en ce qui concerne le bacille de Lutsgarten. Il est vrai que depuis la constatation de bacilles dans le smegma du prépuce par Alvarez et Tavel, la coloration caractéristique indiquée primitivement par Lutsgarten de son bacille de la syphilis a perdu de son importance, de même que d'ailleurs le rapport d'autres bacilles avec la matière colorante a perdu la valeur d'une caractéristique ;

---

(1) L'argumentation de l'auteur ne saurait être acceptée; les faits atypiques et les exceptions ne changent rien à la *règle générale ;* l'adénopathie satellite du chancre syphilitique est une des mieux différenciées et des plus sûrement établies ; il n'y a vraiment pas lieu de l'établir à nouveau. E. B. — A. D.

cependant il faut retenir le fait et considérer comme essentiel que Lustgarten a reconnu ces bacilles à l'intérieur des cellules, qu'ils ont été vus d'une manière certaine par moi et d'autres auteurs précisément dans les tissus d'origine syphilitique : scléroses, nodosités gommeuses, papules du tronc, etc., récentes, non ulcérées, excisées sur une peau intacte.

Pratiquement, l'excision est liée à certaines conditions d'anatomie topographique favorables. Par exemple sur le limbe du prépuce, on peut la faire complète ; sur le gland et dans le sillon coronaire, il n'en serait pas de même.

Malgré cela, les remèdes et les méthodes pour le traitement proprement dit du chancre, en tant que traitement de l'ulcère, présentent-ils tout à fait la même valeur ou sont-ils indifférents par rapport aux suites, c'est-à-dire à la préservation de la syphilis ?

On sait que certains auteurs emploient volontiers, en vue du traitement local, des préparations de mercure, d'iode et d'iodoforme. Le font-ils en vue d'obtenir seulement un bon effet curatif local, ou avec une sorte d'intention inconsciente d'atténuer ou de prévenir les suites? Expliquer cela nous conduirait trop loin.

Mais je crois pouvoir insister sur ce fait que l'emplâtre hydrargyrique agit incontestablement d'une manière favorable sur la régression de la sclérose ; — il tarit la source de l'infection, et même, comme il me l'a souvent semblé, il empêche la formation de la sclérose.

Le second moyen qu'on a proposé et qui a été, dit-on, employé pour couper l'infection générale consiste à lier ou à enlever les vaisseaux lymphatiques. Puisque on est forcé d'admettre que c'est dans la première zone qu'a lieu l'absorption du virus syphilitique par les vaisseaux lymphatiques et son accumulation dans les ganglions, on n'aurait (dans les affections du pénis) qu'à sectionner — à exciser — le vaisseau lymphatique dorsal, et si on voulait faire plus, il faudrait extirper aussi les ganglions.

Cette conception est bien un peu naïve. Que l'on examine donc un pénis dont les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés sont injectés, et on remarquera que cet organe tout entier se trouve dans un réseau de vaisseaux lymphatiques. Quel vaisseau faudrait-il donc sectionner ? Et les ganglions? Lesquels extirper et combien de ceux qu'on peut trouver, sans compter ceux qui échappent aux recherches ? Et si de telles opérations on tire des conclusions relativement aux prétendus résultats, il y a assurément peu de chose à dire sur leur valeur.

On peut en dire autant de l'efficacité de la méthode de Lipp et d'autres auteurs, qui consiste à injecter des préparations de mercure, l'iode, etc., dans les premiers ganglions lymphatiques (pour le chancre génital, les

ganglions inguinaux) ainsi que dans le tissu ambiant, afin de détruire le virus dans les points où il s'absorbe (1).

Comme troisième moyen pour empêcher l'infection générale, il faut citer le traitement général préventif.

Si les moyens d'éteindre ou d'éliminer le virus syphilitique au point d'inoculation et d'établir à sa pénétration un obstacle mécanique dans les voies de résorption sont à ce point précaires, n'y aurait-il pas lieu de recourir de bonne heure à une médication générale et de chercher ainsi à

---

(1) Si l'on veut bien considérer que, dans un certain nombre de faits, petit, mais positif, la sclérose initiale *n'est pas* suivie d'accidents apparents d'infection générale, et que toutes les tentatives faites pour la stériliser sur place, aussi bien que son éradication, aboutissent à des résultats négatifs dans l'immense majorité des cas, on cherchera dans d'autres voies.

Sur tous les points où pénètre le virus syphilitique, il trouve le réseau lymphatique ouvert largement pour sa *diffusion immédiate;* sur le pénis en particulier, il rencontre un réseau serré de vaisseaux lymphatiques, *sans barrière, et sans limite* avant l'arrêt *momentané* dans le ganglion superficiel, lequel devient bientôt un centre actif de multiplication et de propagation, également illimité et sans barrière, à l'aide des anastomoses avec le système profond.

Cela dit, nous ne nous croirions pas autorisés à refuser la destruction, ou l'éradication de la lésion initiale de la syphilis, dans les cas où son étendue, et son siège, en rendraient l'exécution facile et inoffensive, à un sujet qui, éclairé sur la somme de probabilités qui existent en sa faveur, la réclamerait positivement.

Nous serions également disposés à tenter une destruction locale immédiate, ou une éradication, dans le cas où une *plaie préalable* viendrait d'être accidentellement, ou dans un contact vénérien, contaminée certainement par le virus syphilitique ; il y a quelques circonstances dans laquelle cette indication pourrait réellement se présenter. Mais, même dans les cas où l'application de l'agent destructeur, ou l'éradication, pourraient être faites sans opération importante ni mutilation, nous conserverions bien peu d'espoir d'arriver *à temps* pour mettre un obstacle réel; la conduite à tenir en pareil cas serait exactement la même que celle qui est la règle à l'égard d'une plaie contaminée par le virus rabique ; la chance de succès également problématique.

Dans la syphilis, l'éradication de la sclérose initiale arrivera communément trop tard ; la piste suivie dans cette direction avec tant d'ardeur par les expérimentateurs est trompeuse — Voy. plus loin, le texte courant et les *notes des traducteurs* sur le *chancre syphilitique.*

Le succès est plus probable dans la voie qui a mené Pasteur et Koch à leurs grandes découvertes dans la rage et dans la tuberculose ; la syphilis, il est vrai, n'a ni microbe connu, ni animal réactif ; il faut, dans ce cas, expérimenter *empiriquement*, et par analogie, en prenant sur l'homme, le chancre, ou les diverses lésions syphilitiques comme terrain d'études.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

détruire dans une certaine mesure le virus dès son entrée dans l'organisme?

En d'autres termes, si une affection primaire, grâce à son caractère clinique, permet cette hypothèse qu'au bout de quatre à six semaines elle sera suivie d'une syphilis générale, ne sera-t-il pas rationnel de commencer immédiatement un traitement général dont l'efficacité est reconnue dans la syphilis déclarée ?

Déclarons toutefois qu'il serait rationnel de faire ainsi, et, comme les partisans de cette opinion le disent, ce serait même humain, car il paraît absolument irrationnel de laisser une maladie se développer dans toute son intensité pour ensuite la guérir, et inhumain de laisser le malade marcher tranquillement au-devant de la syphilis.

Mais bien que théoriquement j'approuve le traitement général préventif, je dois cependant déclarer qu'il n'est pas pratique et par conséquent le déconseiller. En effet, toutes les fois que j'ai été porté par la logique ou par les circonstances extérieures à prescrire le traitement général avant l'apparition de l'exanthème, dans la pensée d'agir d'une manière préventive, je l'ai regretté. Les cliniciens très expérimentés, Hebra, Sigmund et Zeissl, ont déconseillé la cure préventive en s'appuyant sur les mêmes désillusions. L'expérience enseigne notamment que cette thérapeutique précoce n'empêche pas l'apparition des phénomènes généraux, qu'elle ne fait que les ajourner ; qu'ils se présentent tout de même, non pas dans leur mode typique d'évolution, mais en désordre (unordentlich), et que le plus souvent on voit apparaître non plus exclusivement des formes exanthématiques légères, mais en même temps, par conséquent de très bonne heure, des symptômes graves, par exemple des lésions du périoste. On a donc ainsi allongé la période toute entière de la maladie, de plus on a provoqué une aggravation des lésions et on a perdu complètement le bénéfice de la première cure, puisqu'on est obligé de recommencer le traitement par suite du retard d'invasion des symptômes.

Il est donc selon moi, inutile, il est même nuisible pour le malade, et déconcertant pour le médecin c'est-à-dire eu égard à l'observation objective, de faire le traitement général avant que la syphilis se soit caractérisée d'une manière évidente. Je conseille même de ne commencer la cure que lorsque l'exanthème s'est complètement développé et non dès le premier indice de roséole (1).

(1) A quel moment doit-on commencer le traitement mercuriel?

Faut-il abandonner, d'abord, la maladie à elle-même, et se borner aux moyens hygiéniques et diététiques, aux reconstituants, jusqu'à l'ap-

Suite de la note des Traducteurs.

parition des accidents secondaires, ou bien donner le mercure dès l'apparition du chancre?

Cette question est une de celles sur laquelle on discute depuis le plus longtemps sans que, jusqu'à ce jour, la lumière soit faite; à chaque Congrès, se produisent de nombreux et remarquables travaux, dus aux observateurs les plus autorisés, sur les temps d'opportunité de la médication spécifique, sans qu'on soit encore parvenu à s'entendre sur ce point, dont la solution, au premier abord, paraît cependant des plus simples.

Les uns donnent d'emblée le mercure dès que l'existence de la sclérose chancreuse est seulement soupçonnée; d'autres, aussitôt qu'elle s'accuse par une induration et par la pléiade ganglionnaire; toute une école attend l'apparition des premiers accidents de l'infection générale; les uns regardent l'emploi immédiat du mercure comme superflu, d'autres comme étant nuisible; d'autres enfin ajournent autant que possible le traitement mercuriel, et commencent immédiatement un traitement ioduré.

I. — Pas plus qu'aucun syphiligraphe, nous ne croyons qu'un traitement fait dès le début du chancre infectant puisse assurer, *absolument*, contre les manifestations ultérieures de la syphilis?

Mais nous affirmons que la *mercurialisation* des tissus, quand elle est suffisante, les *stérilise*, et les rend *momentanément* impropres à la germination de l'élément virulent. Ce qui est exact, c'est que le mercure est impuissant à détruire cet élément, et que la mercurialisation *n'est pas* une *vaccination*. Mais quelqu'imparfaite qu'elle soit, cette *imprégnation mercurielle*, convenablement réglée, a une action préservatrice indéniable contre le nombre et contre la gravité des manifestations ultérieures de la syphilis; plus les années de pratique nous instruisent, plus nous en avons l'entière conviction.

Dans une statistique portant sur 218 malades atteints de lésions tertiaires, JULLIEN note la proportion suivante : les hydrargyrisés *ab initio* ne représentaient que 21 p. 100, contre 51 p. 100 des hydrargyrisés *a secundariis* et 27 p. 100 de ceux dont la syphilis avait été abandonnée à elle-même. Les syphilitiques mercurialisés *a secundariis* constituent la grande majorité des tertiaires; viennent ensuite, par ordre de fréquence: les syphilitiques abandonnés à la marche naturelle de la maladie, et enfin ceux qui ont pris d'emblée du mercure. On retrouve le même ordre s'il s'agit de marquer l'allure, le degré de rapidité de la vérole. Enfin, il ressort d'un dernier tableau que : la syphilis soumise au mercure dès l'accident primitif est celle qui évolue le plus lentement, vient ensuite la syphilis abandonnée à sa marche naturelle, puis la syphilis mercurialisée seulement à partir des secondaires.

Sur une statistique comprenant 5,636 malades traités dans une période de huit années pour la syphilis à l'hôpital communal de Copenhague, la syphilis tertiaire a semblé, à HASLUND, due dans 86,75 p. 100 des cas à un traitement nul ou insuffisant (10e Congrès intern. août 1890).

II. — Cependant, l'avis que nous avons exprimé n'est pas celui de

Suite de la note des Traducteurs.

plusieurs syphiligraphes éminents : *le traitement de la première heure* aurait, en outre, d'après quelques auteurs (Kaposi), l'inconvénient de troubler, d'une manière grave, la marche de la syphilis, de la retarder, et par suite, d'empêcher le médecin de se rendre compte de l'état vrai du malade; selon d'autres, il enlèverait au mercure une certaine part de son énergie en raison de l'accoutumance, et dans les cas où des accidents surviennent malgré le traitement, ou encore au moment où on vient de l'interrompre.

Pour d'autres, enfin, le traitement hâtif serait *inutile*, ou même *dangereux :* En 1890, au Congrès international de Berlin, l'illustre doyen des syphiligraphes vivants, Diday, s'appuyant sur une statistique comprenant deux groupes de syphilitiques, *tous traités par lui*, les uns avec le mercure, les autres sans mercure, a conclu que « quant à l'intensité de la maladie, et au degré de gravité des récidives apparues après une mercurialisation hâtive, prolongée et soutenue, par comparaison avec des sujets chez qui le mercure, omis au début, avait été donné ultérieurement d'une façon exceptionnelle, temporaire, parcimonieuse, il n'y a aucune différence. » Malgré tout notre respect pour l'autorité légitime de ce savant maître, nous ne pouvons souscrire à cette proposition, qui ne concorde pas avec les résultats de notre observation prolongée; pas plus que nous ne saurions admettre avec Leloir (Congrès de Paris, 1889), qu'un traitement prématuré aggrave parfois la marche ultérieure de la maladie.

III. — Pour qu'un semblable conflit d'opinions puisse se produire, il faut que des conditions inexpliquées fassent varier le point de vue auquel se sont placés les différents observateurs. Pour nous, nous répétons que *toutes les fois où la médication mercurielle a été, chez un sujet syphilitique, appliquée le plus près possible du début, sous une surveillance effective, en même temps que toutes les indications émanant de l'état particulier du sujet étaient remplies, nous n'avons jamais observé aucun accident qui lui fut imputable; enfin nos chiffres sur la proportion du tertiarisme sont très voisins de ceux de Haslund.*

Nous n'ajournons l'emploi du mercure chez nos malades que sur contre-indication SPÉCIALE, *quand le mercure peut être nuisible gravement dans un état pathologique coexistant; en cas d'intolérance spéciale; ou encore quand le diagnostic est douteux, litigieux; ou bien s'il y avait lieu de faire une preuve médico-légale.*

IV. — Le retard de l'éclosion secondaire et du tertiarisme, le trouble apporté à l'ordre physiologique des symptômes, l'absence même de phénomènes spécifiques, à la suite du traitement hâtif, dans le cas de chancres très indurés et d'un diagnostic indubitable — comme on en a cité quelques exemples — ont une signification qu'il ne faut pas méconnaître. Ces faits suffisent à démontrer que le mercure a une action sur *la syphilis à l'état latent*, ce que quelques auteurs lui refusent tout à

Suite de la note des Traducteurs.

fait, puisqu'ils s'appuient même sur cette donnée pour ne prescrire le traitement spécifique que lorsque la maladie est en action.

V.— Partant de ce même principe, ces mêmes auteurs soutiennent avec énergie que, durant la période secondaire, on doit également réserver le traitement mercuriel aux seules périodes où la syphilis se révèlera d'une manière effective. De Watraszeswki, au Congrès international de Berlin en 1890, a reproduit les idées de Diday sur la vie latente ou manifestée du virus syphilitique, lequel à certaines époques, passe d'une de ces formes à l'autre : la syphilis, de latente devient manifeste, et il se présente alors une série d'accidents en même temps que l'organisme « se débarrasse » d'une partie du virus. Les spécifiques seraient impuissants contre la syphilis latente, tandis qu'ils agiraient avec succès contre la syphilis manifestée. Selon le même auteur, administrés dans la période latente, les spécifiques peuvent empêcher le passage d'une période à l'autre, « ce qui serait nuisible pour l'organisme qu'ils mettraient dans l'impossibilité d'éliminer le virus qu'il contient ».

Ainsi donc, selon ces derniers auteurs, le mercure n'agirait utilement que pendant la durée des manifestations de la syphilis soit objectives, soit traduites par des altérations des organes des sens, etc., soit enfin sur la fécondation ; son action serait nulle durant la période latente de la syphilis ; leur méthode de traitement est opportuniste — *méthode opportuniste.*

VI.— Nous nous séparons absolument de cette doctrine et notre méthode est toute différente. C'est *le plus tôt possible*, c'est-à-dire aussitôt constatée la sclérose initiale, que nous commençons la mercurialisation ; *nous nous ferions scrupule d'en ajourner le bénéfice sous un prétexte quelconque.*

La cure, une fois commencée, nous la continuons *longtemps*, avec les *repos*, les suspensions utiles, ou nécessaires, selon les cas particuliers. *Nous nous proposons ouvertement, non pas de détruire l'élément syphilitique, mais de stériliser les tissus de l'organisme entier pendant toute la durée de la période virulente, c'est-à-dire pendant deux ou trois années en moyenne.*

Si le médecin dirige avec sollicitude la médication, s'il l'approprie dans sa forme, dans son degré, dans son intensité, aux conditions particulières, et aux éventualités intercurrentes, il saura mettre son malade à l'abri de la plupart des accidents de la médication mercurielle, que l'on invoque sans raison, et qui sont, dans la grande majorité des cas, imputables non au médicament, mais au procédé employé, aux doses appliquées, à des conditions extrinsèques telles que une mauvaise hygiène, un régime mal approprié, une diététique défectueuse, etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Fin de la note des Traducteurs sur les temps d'opportunité du traitement mercuriel de la syphilis.

La deuxième question qui doit nous occuper est la suivante :

Quels sont les avantages que les remèdes spécifiques offrent contre la syphilis et contre quelles formes pathologiques ces avantages ont-ils été constatés ? Nous ne pouvons répondre qu'indirectement à cette question importante.

1° Nous établirons sur des bases solides le principe d'après lequel nous mesurons l'efficacité d'un remède ou d'une méthode de traitement ;

2° Nous soumettrons les remèdes et leurs modes d'emploi, examinés en eux-mêmes, à une étude critique.

Il faut estimer un remède (ou une méthode), premièrement d'après la promptitude avec laquelle elle amène la régression et la disparition des phénomènes syphilitiques locaux visibles et appréciables (altérations de tissu de caractère inflammatoire et néoplasique), deuxièmement d'après l'absence de récidives.

Cette première condition pour l'appréciation est claire. Si une syphilide papuleuse, une tuméfaction osseuse douloureuse existent depuis trois mois, et si nous voyons que la première sous l'influence des frictions, la seconde sous celle de l'iode, présentent, le sixième jour de la cure, une régression manifeste des symptômes sur tous les points, nous avons le droit de considérer ces remèdes comme actifs. Mais si sous l'influence d'une autre médication, par exemple d'une décoction ou d'un extrait quelconque de végétaux ou d'une cure hydrothérapique, les symptômes disparaissent il est vrai, non partout en même temps, mais dans l'ordre de leur apparition et de leur ancienneté, en somme dans l'espace de trois à six mois, dans ce cas je rapporterai la guérison à l'évolution physiologique et non à l'action de ce dernier remède.

Il est plus difficile d'apprécier l'efficacité des médicaments en ce qui concerne l'absence des récidives, qui permet seule d'affirmer la guérison réelle de la syphilis. Vous entendrez dire dans ces cas, de l'un ou de l'autre remède ou de l'un ou de l'autre mode d'emploi : celui-ci donne très peu de récidives, celui-là pas du tout, cet autre fournit les données statistiques les plus favorables.

Mais vous comprendrez facilement que ce genre de preuves n'est pas propre à nous faire connaître la valeur des différents antisyphilitiques et des diverses méthodes de traitement; en effet, les données statistiques sur ce point, telles qu'elles sortent des hôpitaux, sont toutes dénuées de valeur.

Car les syphilitiques quittent les hôpitaux dès que les symptômes apparents ont cessé et que les malades (extérieurement) ne paraissent plus en état de transmettre la contagion. Ce n'est qu'un très petit nombre d'entre eux que l'on a plus tard l'occasion de revoir et qui, par

conséquent, peuvent servir pour une statistique — laquelle par suite n'a point d'autorité.

Ce n'est que dans la pratique privée que l'on a l'occasion d'observer encore pendant des années les malades directement, ainsi que leurs descendants, relativement à l'effet d'une cure antisyphilitique.

Mais avec un matériel privé on n'établit pas une statistique officielle.

L'appréciation du résultat durable d'un remède ou d'une médication se réduit donc à l'expérience de chacun. Elle se développe et mûrit avec l'expérience, c'est-à-dire, toutes choses égales d'ailleurs, elle dépend de l'âge de l'observateur, et toute sa valeur se mesure à la confiance qu'il inspire.

Voici sur ce point mon opinion personnelle :

Un certain nombre de malades guérissent d'une manière durable après une seule cure de quelques semaines ou de quelques mois. Je connais beaucoup de cas de ce genre.

Il est certain aussi que bon nombre de personnes ont une ou plusieurs récidives et sont obligées de faire à diverses reprises des cures après lesquelles elles restent guéries.

Et enfin il n'est pas douteux non plus que, chez une petite quantité de sujets infectés, on peut voir survenir une récidive de la syphilis de la peau, du cerveau, etc., après des années et des dizaines d'années et même pendant et après qu'ils ont eu plusieurs enfants bien portants.

Il est donc tout à fait impossible de préciser pendant combien de temps une médication peut avoir un succès définitif, car une guérison qui a paru positive pendant vingt-cinq ans deviendra négative par l'apparition subite d'une récidive.

Je pense donc que, eu égard à toutes ces imperfections, nous pouvons et devons apprécier autrement les faits.

Si les symptômes de la première période éruptive aiguë entrent rapidement en régression et disparaissent sous l'influence du traitement, on doit le considérer comme efficace et comme d'autant plus efficace que les phénomènes morbides, ceux concernant les tissus et les symptômes, ont cédé plus promptement et plus complètement.

Par contre après une cure d'une durée que l'expérience aura indiqué comme suffisante en moyenne et qui aura amené la disparition des phénomènes visibles, on est en droit d'exiger :

1° Qu'il se passe au moins quelques mois sans phénomènes syphilitiques appréciables et avec un aspect et un état satisfaisant du malade. La régression de la polyadénite mérite dans ces cas notre attention.

2° Que les récidives, en tant qu'elles affectent la peau, restent régionnaires, ce qui leur donne le caractère de formes tardives, autre-

ment dit de ces formes que l'on observe d'ordinaire à une période plus avancée et dont l'apparition chez des malades que l'on n'a pas eu l'occasion de voir auparavant permet de conclure très justement qu'il s'agit de récidives éloignées.

Mais si un exanthème des formes de début revient peu de temps après une première éruption et qu'il se généralise, nous sommes autorisés à dire que le traitement qui a été suivi auparavant n'a pas agi ou a été insuffisant.

Nous devons considérer avec raison comme ayant une activité moindre les médicaments et les méthodes de traitement après lesquels on a observé plus fréquemment cette dernière espèce de récidives.

Mais ici encore ce n'est que l'expérience en somme qui permet de porter un jugement et l'on devra toujours tenir compte des exceptions.

Les remèdes et leurs modes d'application efficaces contre la syphilis sont les suivants :

A. *Remèdes proprement dits :*

1° Mercure.

2° Iode.

3° Bois sudorifiques.

B. *Cures dites consécutives :*

Bains sulfureux.

Hydrothérapie (Bains de mer).

Méthode de Fournier — cure prolongée — traitement successif.

On introduit le mercure dans le corps par différentes voies, en vue de combattre méthodiquement la syphilis : par la méthode endermique, hypodermique, et à l'intérieur.

Endermique, c'est-à-dire à l'aide de pommades et de bains.

Parmi les pommades qui peuvent être constituées par différents mélanges de mercure (précipité blanc, oléate de mercure, etc.), l'onguent mercuriel officinal, l'onguent napolitain, est certainement le meilleur. C'est avec lui que se fait la cure méthodique par les frictions.

La cure de frictions est le traitement le plus actif et le plus sûr que l'on puisse opposer aux lésions locales ainsi qu'à la dyscrasie, c'est aussi celui qui donne les résultats les plus durables, et dans tous les cas où il y a péril, c'est le plus rationnel que l'on puisse employer.

Au lieu de la graisse ordinaire, on a dans ces derniers temps recommandé pour la préparation de l'onguent gris un mélange de lanoline (Liebreich) avec 10 p. 100 d'huile d'olive. Dans ces dernières années également, Charcot, Schuster, Oberländer, Nega, Janowski, Schwimmer, etc., ont conseillé pour la cure méthodique de frictions l'emploi de savons mercuriels. Je préfère, en ce qui me concerne, me basant sur mon expérience, l'onguent gris aux autres préparations ci-dessus.

On prescrit : onguent gris, 30 grammes, que l'on divise en dix ou douze doses égales et on fait pratiquer de préférence le soir dans une chambre chaude une friction sur les différentes régions du corps, en les faisant se succéder dans un cycle déterminé. Ce dernier mode est nécessaire pour ne pas exposer trop tôt une région de la peau déjà frictionnée à une nouvelle influence irritante du mercure et au danger d'une éruption eczémateuse. On sait, en effet, que l'eczéma mercuriel compte au nombre des eczémas artificiels les plus intenses.

Si cela est possible, on laisse le malade faire lui-même les frictions.

Il est inutile d'insister ici plus en détail sur les méthodes, les précautions, les soins de la bouche et de la peau nécessaires pendant la cure des frictions (1).

---

(1) Le *procédé des frictions* représente, à n'en pas douter, le *mode par excellence de mercurialisation;* et, dans les cas intenses ou graves, le *procédé* indispensable.

Variable selon les cas, la dose d'onguent employée doit souvent être très élevée : 6, 8, 10 grammes, et davantage par vingt-quatre heures, car dans les formes sévères, dans la syphilis oculaire, nerveuse, viscérale, l'amélioration ne se manifeste que lorsqu'on arrive à ces doses. Toutefois, la généralité des praticiens ne donne que rarement la préférence à ce mode de traitement que beaucoup de malades trouvent incommode, malpropre, difficile à dissimuler, etc.

Le *lieu d'application* des frictions peut être varié selon les circonstances : les jambes, les plis de l'aisselle, de l'aine, les régions cervicales, — région des ganglions, Köbner — mastoïdienne, temporale, les flancs, et même le cuir chevelu.

La *durée* des applications, leur *étendue,* sont réglées par l'action exercée sur l'état des gencives, que l'on doit surveiller avec soin, et sur l'état thérapeutique réalisé. Le plus habituellement, nous ne faisons conserver l'onguent que pendant la nuit; le lendemain matin, les surfaces sont lavées avec soin, et poudrées, ce qui permet, le plus ordinairement, d'éviter tout accident d'hydrargyrisme local; quelques malades préfèrent, au contraire, faire leur friction le jour; le résultat est identique.

La cure par les frictions est tout particulièrement à sa place, durant une saison aux *eaux minérales sulfureuses.* Tous les médecins qui exercent dans ces stations ont constaté que cette cure est bien supportée, même pendant un ou deux mois; qu'elle s'accompagne très rarement de salivation ou d'autres accidents mercuriels; que jamais elle n'est nuisible pour l'état général des malades, mais qu'au contraire presque toujours, sous cette influence, la nutrition s'améliore. On voit de nombreux syphilitiques en état de cachexie, qui, au bout de quelques semaines, reprennent la santé et la vigueur; au fur et à mesure que les forces reviennent, l'amélioration de la santé générale, et l'augmentation du poids du corps, coïncident avec la disparition des symptômes spécifiques. Chez cent syphilitiques traités à Uriage, et dont le poids avait

Les emplâtres hydrargyriques de quelque espèce qu'ils soient (de Vigo, de mousseline sur de la gutta-percha, Unna) ont au point de vue du traitement général trop peu d'action ; par contre, ils sont très efficaces contre

---

été pris très exactement au début de la saison, l'un de nous constata, chez plus des trois quarts, l'accroissement du poids du corps variant entre 1/2 et 2 kilogrammes ; les mêmes succès se produisent auprès de toutes les sources sulfureuses où l'on applique avec soin la même médication.

Comment le mercure employé en frictions pénètre-t-il dans l'organisme? Le métal traverse-t-il directement la peau, ou bien pénètre-t-il dans les follicules où, sous l'influence des sécrétions glandulaires, il subirait des transformations en chloralbuminates ou en oxydalbuminates solubles, comme le pensaient Mialhe, Voït et Overbeck? Ou bien enfin les vapeurs mercurielles qui se produisent pendant les frictions sont-elles le seul véhicule, le seul agent de transport du mercure dans l'organisme?

Des expériences les plus récentes, il résulterait que le mercure, ni à l'état métallique ni même à l'état de vapeurs, n'arrive dans l'économie à travers la peau intacte. L'absorption se produirait, durant la cure de frictions, par le mécanisme suivant : le mercure s'introduirait soit par effraction dans les follicules pileux et les conduits des glandes sébacées (d'où il passerait dans la circulation), soit à l'état de vapeurs. Ces vapeurs mercurielles peuvent ainsi participer aux échanges gazeux dont les poumons sont le théâtre, étant ainsi parvenus directement dans le sang, au même titre que les gaz atmosphériques auxquels elles sont mélangées. (Voir à cet égard la très remarquable thèse de Merget : Action toxique, physiologique et thérapeutique des vapeurs mercurielles. Recherche du mercure dans les liquides et dans les tissus de l'organisme. — *Thèse de Bordeaux, décembre* 1888.) Selon cet auteur, les frictions n'agiraient qu'en donnant lieu à une abondante émission de vapeurs mercurielles dont la pénétration dans l'organisme ne se ferait que par la voie pulmonaire. Aussi s'appuyant sur les recherches expérimentales qui lui sont propres, cet auteur fait-il préparer des flanelles mercurielles de 8 à 20 décimètres carrés de surface, qu'il renferme dans des sacs en toile fine, bien clos. Il conseille d'en recouvrir la partie du traversin sur laquelle on appuie la tête en dormant, ou bien de les porter sous forme de plastrons suspendus au cou par-dessus le linge de corps. Dans une expérience qu'il a prolongée pendant trois mois sur lui-même, il a observé que, dans le premier cas, l'air qu'il respirait pendant son sommeil était saturé de vapeurs mercurielles. Cette absorption se produisait même très rapidement, car Merget a constaté la présence du mercure dans les sécrétions et excrétions recueillies aux premières heures de la matinée qui suivit la première nuit d'inhalation. L'élimination étant moins rapide que l'absorption, lorsque celle-ci a pris fin, le mercure n'a totalement disparu qu'après un intervalle de trois semaines.

Le mercure introduit dans le sang se mélangerait intimement avec lui. Une fois le sang saturé, le mercure en excès tend à passer dans la trame des tissus organiques à l'intérieur desquels le mouvement circu-

les lésions locales. On ne saurait assez les recommander contre les formes gommeuses, ulcéreuses de la peau et du périoste (1).

Comme bains mercuriels il faut employer le sublimé, 10 grammes par bain, pour les adultes ; 1 à 2 grammes pour les enfants à la mamelle. Ils sont très utiles dans la syphilis des nouveau-nés et chez les adultes, en cas de lésions gommo-ulcéreuses étendues.

Dans ces dernières années, les médecins spécialistes se sont beaucoup

---

latoire l'a fait pénétrer. Le sang des capillaires étant en rapports continuels d'échanges endosmotiques avec les liquides des tissus dont il parcourt la trame, le mercure qu'il contient à l'état de division moléculaire participe, lui aussi, à ces échanges, et pénètre ainsi dans les organes qui en sont le siège, le tout sans avoir perdu son état métallique (Merget).

Donc, selon cet auteur, le mercure ne subit aucune modification chimique et conserve intégralement dans le sang et dans les tissus son état métallique. Mais s'il en était ainsi, on devrait retrouver trace de ce métal *en nature* dans les urines des animaux intoxiqués par le mercure ou dans celles de syphilitiques traités par les frictions, ce qui n'est pas.

Quoi qu'il en puisse être des observations délicates que nous venons de relater, il est hors de doute que le mercure, employé en friction, pénètre par les orifices sébacéo-pilaires et sudoraux ; que l'action *mécanique* de la friction joue un rôle efficace et *nécessaire* dans l'application, qui doit être faite énergiquement pendant 5 à 15 minutes, et par petites quantités, jusqu'à siccité.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Tous les médecins connaissent depuis longtemps, et emploient les *emplâtres mercuriels* dans le traitement *local* des altérations syphilitiques les plus diverses. Mais UNNA, et plus récemment QUINQUAUD — Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel — *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 1890, p. 63 — ont proposé d'appliquer ces emplâtres au traitement GÉNÉRAL de la syphilis. Cette proposition est très logique, et il est remarquable qu'elle n'ait pas été faite plus tôt, car il n'est pas de syphiligraphe, traitant des accidents locaux par l'emplâtre de Vigo à grande surface, qui n'ait vu se produire des accidents d'absorption mercurielle ; — nous en avons, pour notre part, fréquemment observé dans ces dernières années, en traitant plusieurs dermatoses, notamment, et avec un succès certain, le *lichen plan*, par des enveloppements étendus d'emplâtre de Vigo.

La formule du *sparadrap au calomel* donnée par QUINQUAUD est la suivante :

Emplâtre diachylon du Codex.	3,000
Calomel à la vapeur.	1,000
Huile de ricin	300

— La *dimension* à appliquer est d'un décimètre carré; *le lieu d'élection*, la région splénique, après avoir préalablement savonné la peau; il est évident que la surface d'application peut être accrue, avec la *sur-*

plus occupés du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de mercure proposées par Lewin que de toute autre méthode, notamment de la cure de frictions. Ceci se comprend. Cette dernière méthode est plus directe et plus exacte que la méthode endermique; et, outre la facilité de son mode d'emploi, elle a l'avantage de faire pénétrer dans l'organisme des mélanges mercuriels définis chimiquement et quantitativement déterminés d'une manière rigoureuse (1).

---

veillance nécessaire. QUINQUAUD « enlève et remplace l'emplâtre tous les huit jours ».

C'est assurément un mode de mercurialisation simple, commode, et qui peut, au moins, servir de ressource chez des sujets dont les voies digestives ne supportent pas les préparations hydrargyriques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) A toutes ses périodes, la syphilis se particularise à ce point dans les individus que sa médication nécessairement complexe, embrassant une série d'années, souvent de longues portions de l'existence, ne saurait être réduite aux proportions d'une formule unique. Or, les *injections sous-cutanées de mercure* insoluble ou soluble ne représentent rien autre chose qu'un mode particulier d'introduction du mercure dans l'économie, qu'un *procédé* de mercurialisation; elles ne constituent pas une méthode proprement dite de traitement de la syphilis.

Il y a déjà longtemps que l'un de nous — voy. E. BESNIER, Sur les procédés de mercurialisation par voie hypodermique, appliqués au traitement de la syphilis, et particulièrement sur les injections de mercure insoluble, *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, mars 1887, p. 125 — après avoir mis à l'épreuve publique les divers modes de mercurialisation hypodermique, a montré qu'il n'y avait malheureusement, par l'introduction de cette « méthode », rien de changé dans le traitement général de la syphilis.

En fait, les injections sous-cutanées de mercure SOLUBLE sont restées ce qu'elles devaient rester, un excellent procédé de mercurialisation aiguë ou instantanée, applicable à certaines lésions, à certains sujets, mais sans objet et sans justification dans la grande majorité des cas de syphilis vulgaire, pour lesquels la médication hydrargyrique peut être appliquée de la manière la plus énergique, et la plus parfaite, par une nombreuse série d'autres procédés, aussi efficaces et moins traumatiques.

Quant aux injections de mercure INSOLUBLE, non seulement elles ne guérissent ni mieux, ni plus vite, que les procédés ordinaires de mercurialisation externe ou interne, mais encore, elles laissent plus que ces derniers, les malades exposés aux récidives rapprochées, et aux accidents du tertiarisme. Ce n'est pas tout, des *accidents généraux graves* peuvent survenir à brève échéance si l'injection est pratiquée chez un sujet à intolérance mercurielle, et des *accidents locaux*, *graves même pour la vie*, peuvent survenir si, par erreur, ou autrement, la dose de mercure mise en dépôt dans les tissus a été trop forte.

Dans le n° 41 de 1890, p. 940 du *Berlin. klin. Wochensch.*, VOGELER

Depuis que Lewin a, pour la première fois, il y a longtemps déjà, employé exclusivement les solutions de sublimé en injection, on a cherché, préparé et expérimenté toute une série de sels mercuriels pour

---

rapporte, au cours d'un long mémoire sur les injections de calomel, que Leser, privat-docent à Halle, en présence de la gravité de symptômes généraux consécutifs à des injections de calomel, s'est vu, dans deux cas, obligé de pratiquer une incision au niveau du point injecté, pour aller enlever, dans la profondeur du muscle, le foyer mercuriel, ce qui ne se fit pas sans de longues recherches au milieu d'un tissu sanglant; il est convaincu que dans les cas du même ordre qui ont eu une évolution fatale, les malades auraient pu être sauvés par une intervention opératoire énergique.

Il serait au moins superflu de mettre en parallèle l'utilité problématique de ces injections avec l'éventualité de semblables accidents. En vain on allègue que le procédé de Scarenzio assure, dans une certaine mesure, la médication mercurielle contre l'inexécution des prescriptions médicales ; on n'a pas assez remarqué que les malades se soustraient d'autant plus aux médications que celles-ci sont traumatiques et douloureuses. Et d'ailleurs, la syphilis est-elle une maladie que l'on puisse juguler? Peut-on oublier qu'elle a une période de virulence ouverte, ou latente, de trois années au moins, pendant lesquelles le syphilitique prudent prolonge, avec les entr'actes convenables, l'imprégnation mercurielle qui, seule, peut assurer une stérilisation relative de ses tissus contre les poussées germinatives de la maladie inextinguible. Or, pour la généralité des cas, où la syphilis est inavouée et inavouable, dont le traitement doit être silencieux, souvent dissimulé, n'est-il pas manifeste que la majorité des malades préfèrera un traitement moins intensif, et plus discret, que celui des injections hypodermiques.

A aucun titre, nous ne pensons qu'il soit plus mathématique, plus scientifique de déposer dans les tissus du syphilitique un stock de mercure insoluble, et de l'abandonner au hasard des réactions chimico-vitales, que de faire des frictions méthodiques, ou d'administrer le médicament par la voie digestive. Nous trouvons, au contraire, infiniment plus médical, plus mathématique, de garder toujours la clef, si l'on peut ainsi parler, d'une médication que le médecin ne peut jamais trop étroitement diriger et surveiller.

Dans maintes circonstances, en outre, peuvent exister des contre-indications formelles : nous signalons particulièrement la *prédisposition* de certains sujets à la *syphilis cérébrale* (sujets à antécédents nerveux, cérébraux, personnels ou familiaux), l'*alcoolisme* si commun, les *altérations des vaisseaux,* l'âge avancé, etc.

Dans les cas où il faut agir vite, et énergiquement, au contraire, ce serait perdre son temps que de recourir aux préparations de mercure insoluble. Telles, par exemple, les *affections syphilitiques de l'œil,* dans lesquelles la salivation calomélique vulgaire, les frictions mercurielles, et mieux, la mercurialisation aiguë par les injections de mercure soluble, vont plus rapidement et plus droit au but.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

les injections sous-cutanées en s'efforçant d'administrer le mercure dès l'abord sous la forme ou approximativement sous la forme où, comme on se le représente, il circule dans le sang.

Ces sels sont :

Solution de sublimé de Lewin;

Sublimé et chlorure de soude (Stern-Auspitz);

Albuminate de mercure (Bamberger);

Peptonate de mercure (Martineau);

Bicyanure de mercure (Martineau);

Formamide de mercure (Liebreich);

Calomel en suspension (Scarenzio);

Mercure et sérum du sang (Bockhart);

Glycocoll-asparagine et alanine de mercure (Wolff et Nega);

Tannate de mercure oxydulé (Lustgarten) en suspension;

Oxyde jaune de mercure (Watraszewski).

Si l'on considère cette grande série de mélanges mercuriels, qui tous sont employés avec plus ou moins de succès contre la syphilis sous forme d'injections sous-cutanées, il sera difficile de discuter leur valeur respective avec l'espoir de s'entendre relativement sur plus d'un point important, savoir : la douleur qu'elles occasionnent, leur facilité d'absorption, leur tendance à déterminer de l'inflammation et des abcès au point injecté, leur rapidité d'élimination, leur efficacité directe, leur action préventive des récidives, etc.

Mais si je compare mes expériences à celles qui se sont produites de différents côtés et à celles qui ont été émises au Congrès international de Copenhague, je crois en somme pouvoir me ranger à l'avis de Bockhart qui, pour l'appréciation de l'efficacité d'une préparation mercurielle, pense que ce sont celles qui séjournent le plus longtemps dans le corps qui ont l'influence la plus durable et la plus efficace et qui, par conséquent, s'opposent le mieux aux récidives.

D'après leur séjour plus ou moins prolongé dans l'organisme, condition que l'on ne peut apprécier que d'une manière approximative, Bockhart divise les préparations mercurielles en trois groupes.

I. — *Préparations mercurielles à action très prolongée.*

a.) Onguent gris (on retrouve le mercure dans l'urine au moins pendant six mois).

b.) Le calomel (est la préparation qui se rapproche le plus de l'onguent gris, d'après Neisser).

c.) Solution de sublimé de Lewin (on retrouve le mercure dans l'urine durant dix-huit semaines).

II. — *Préparations mercurielles à action prolongée moyenne.*

a.) Solution de sublimé et de chlorure de soude (on constate la présence du mercure dans l'urine pendant treize semaines).

b.) Albuminate et peptonate de mercure (présence dans l'urine, dix à onze semaines).

c.) Sérum du sang et mercure (présence dans l'urine, environ onze semaines).

III. — *Préparations mercurielles à action faiblement prolongée.*

a.) Bicyanure de mercure.

b.) Glycocoll de mercure (présence dans l'urine après huit semaines).

c.) Formamide de mercure (présence dans l'urine après six semaines).

Quant à la justesse de l'échelle de sensibilité que Bockhart propose, les avis seraient très divisés. Ainsi, par exemple, je n'ai pas trouvé le bicyanure de mercure particulièrement douloureux : celle des préparations qui cause le moins de douleur est le formamide de mercure.

On fait en général des injections avec 1 centigramme de la préparation et par conséquent avec des solutions d'après les formules suivantes :

Sublimé corrosif.	1 décigramme.
Eau distillée.	10 grammes.

ou bien :

Calomel.	1 gramme.
Glycérine	10 —

Neisser, Kopp et Chotzen ont, l'année dernière, employé le calomel en suspension; Lustgarten, à ma clinique, le tannate de mercure en suspension d'après une méthode spéciale et dans différents véhicules, par exemple :

Tannate de mercure oxydulé 2 grammes, eau distillée, acide sulfurique dilué 1 p. 1000, de chaque 10 grammes (Lustgarten);

Ou calomel à la vapeur 5 grammes, chlorure de sodium 1 gr. 25, eau distillée 50 grammes (Kopp et Chotzen), car ces auteurs ne faisaient pour une cure complète qu'une injection chaque semaine ou tous les quinze jours, en tout de quatre à huit injections. On espère en effet que le mercure insoluble, introduit par la méthode sous-cutanée, ne forme que peu à peu des mélanges chlorurés solubles et résorbables, et qu'il arrive ainsi continuellement de petites quantités de mercure dans le torrent circulatoire, tandis qu'avec l'administration de doses plus élevées de mélanges solubles une grande partie doit être éliminée rapidement.

A l'intérieur, les préparations mercurielles :

Sublimé, calomel, tannate de mercure oxydulé agissent en général plus lentement, quelquefois aussi assez promptement. Les deux dernières préparations, bien qu'elles occasionnent la plupart du temps de la diarrhée, ne déterminent cependant que de légers malaises gastriques et elles conviennent très bien aussi dans la pratique chez les enfants :

Tannate de mercure oxydulé. . . .	5 grammes.
Sucre de lait.	7 —

Divisez-en cinquante doses dans des capsules d'amidon : trois par jour. Aux enfants, je donne de 3 jusqu'à 5 centigrammes par dose, trois fois chaque jour.

Les Français préfèrent pour l'usage interne des préparations de mercure et d'iode, le proto et le deuto-iodure de mercure (1).

Le traitement mercuriel est indiqué, d'après moi, dans toutes les formes de la première période et celles de la période tardive des manifestations cutanées, ainsi que dans les lésions des os, des organes parenchymateux, du système cérébro-spinal dans les périodes aiguës; tandis que les affections du système nerveux à leurs phases ultérieures, celles des articulations et la céphalalgie syphilitique cèdent plus sûrement et plus rapidement à l'iode.

D'après quels principes devons-nous diriger notre choix parmi les nombreuses préparations mercurielles? Je suis persuadé que, dans la première période aiguë de la maladie, plus le traitement auquel on a recours est décisif et énergique, plus sûrement on est à l'abri soit des récidives, soit d'une évolution trop prolongée de la maladie.

D'après cela et d'après le mode d'action indiqué ci-dessus des préparations mercurielles, je suis d'avis que de prime abord il faut faire des frictions, et ce n'est que dans le cas où elles ne sont pas possibles — ce qu'au reste je n'ai jamais trouvé — qu'on doit avoir recours aux injections, en choisissant celles qui ont l'influence la plus prolongée possible : Sublimé, calomel ou peptonate de mercure.

Neisser place à ce point de vue les injections immédiatement après les frictions avec l'onguent gris.

Mais je pense que pour la première période les médications à action lente ne sont pas justifiées — elles traînent la maladie en longueur, par

---

(1) Sans avoir perdu toute actualité, ce renseignement n'est pas absolu; beaucoup de médecins *français* ne limitent pas leur pratique à l'usage d'une préparation mercurielle systématique, mais les mettent toutes en usage selon les indications, et les circonstances particulières.

E. B. — A. D.

exemple les injections légères et la médication interne avec les préparations de mercure ou d'iode et de mercure. Pour les formes tardives, en tant qu'elles ne sont pas d'une nature menaçante, comme les variétés papuleuses régionnaires, etc., la médication peut être moins énergique. Mais si elles ont un caractère dangereux, comme l'iritis, les affections ulcéreuses du nez et du pharynx, les maladies du cerveau et de la moelle, je suis encore une fois pour une médication plus active.

D'après mon expérience personnelle, la médication mercurielle n'a absolument aucun inconvénient, si l'on a soin de veiller attentivement aux complications.

On sait que certaines préparations occasionnent plus facilement de la salivation. Depuis des années, je n'ai pas vu de salivation à la suite des frictions, uniquement parce que je suis attentif (1). Quant aux ulcères dits mercuriels, à la cachexie mercurielle, etc., nous pouvons les passer sous silence.

Le deuxième spécifique contre la syphilis est l'iode.

Iode. — On le donne sous la forme d'iodure de potassium ou d'iodure de sodium en solution ou en pilules de 1 à 2 grammes par jour. Nous pouvons nous contenter de dire que l'iode est le médicament par excellence contre les affections des os et des articulations, contre les douleurs ostéocopes et la céphalée; du reste dans d'autres cas encore, il s'est montré très utile (2).

Mais c'est sans motif que l'on considère l'iode comme une sorte de correctif contre l'abus du mercure, quoiqu'il soit efficace là où d'autres remèdes ont échoué. Ce n'est pas ainsi qu'il faut expliquer ce fait d'ex-

---

(1) On ne saurait trop méditer les préceptes si précis et si simples que vient de formuler le professeur Kaposi. *L'art de mercurialiser les syphilitiques sans accident* ne réclame qu'une instruction suffisante, un peu d'indépendance d'esprit et d'initiative, *et beaucoup de soin et de surveillance à l'égard des malades;* ces derniers doivent être dûment avertis par le médecin qu'il ne prend la responsabilité que des traitements qu'il dirige, et qu'il surveille.

E. B. — A. D.

(2) Toutes les syphilides *néoplasiques* subissent l'action de l'iodure de potassium, mais souvent à la condition d'en élever considérablement les doses, ou encore de l'*associer* au mercure — *médication mixte* — ou mieux de donner, *le même jour*, *séparément*, du mercure ou de l'iodure de potassium — *médication associée*, qui est la nôtre. Il faut savoir, dans la direction d'un traitement de la syphilis, *agir en médecin*, *surveiller* l'application et *l'action* de la médication qui, *si elle est convenablement dosée et exécutée*, *doit agir* DANS LES DÉLAIS RAPIDES.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

périence qu'il est préférable d'administrer l'iode après une cure mercurielle.

Par contre, je n'approuve pas l'emploi exclusif de l'iode pour les accidents de la période primaire. Le processus serait ainsi sûrement allongé.

Contre les exanthèmes, il agit en général très lentement.

Quant au troisième remède, à la décoction de Zittmann, c'est un agent extrêmement actif contre les formes tardives, principalement les affections ulcéreuses du pharynx et même de la peau; je la prescris volontiers — par différents motifs — en même temps que les cures mercurielles, notamment les frictions. Son efficacité ne doit pas être attribuée à la petite quantité de mercure que peut contenir la préparation officinale, car elle réussit très bien précisément dans les cas où les frictions, etc., ont échoué. De plus, au XVI[e] siècle ainsi que dans les temps modernes, on a préparé cette décoction sans petits sachets de calomel et de cinabre et on l'a trouvée efficace.

Quant à la décoction de Pollini (antimoine et brou de noix), je n'ai que peu d'expérience sur son action. Elle a très mauvais goût et enlève rapidement l'appétit.

Comme la décoction de Zittmann, en provoquant des garde-robes diarrhéiques, amène des troubles des voies intestinales, il faut observer pendant son emploi certaines précautions, quant au régime. On fait boire, le matin de bonne heure, 250 à 300 grammes de décoction de Zittmann forte, chaude, et l'après-midi on en donne la même quantité de décoction faible.

En ce qui concerne les cures dites consécutives comme les bains sulfureux, les bains de mer, l'hydrothérapie, les cures dites de soustraction, elles n'exercent pas la plus légère influence directe contre la syphilis. Mais on peut les recommander pour exciter l'activité de la peau, les excrétions et favoriser le relèvement général des forces, ainsi que pour prolonger la période pendant laquelle l'observation médicale peut s'exercer (1).

(1) Ces diverses médications ne sont, en effet, que des auxiliaires de la cure spécifique, favorisant l'activité de la peau, les échanges nutritifs, l'élimination du mercure, etc.; elles relèvent les forces, et permettent d'élever notablement le taux de la mercurialisation. Les bains chauds, les douches chaudes exercent, sous ces divers rapports, une action marquée; enfin, les excellentes conditions hygiéniques des stations balnéaires placées à une certaine altitude, l'air pur, l'éloignement de toutes les causes déprimantes propres au séjour des villes, réalisent aussi un appoint favorable.

Parmi les eaux minérales et thermales, les *eaux sulfureuses* sont à

Pendant combien de temps et combien de fois doit-on faire des traitements antisyphilitiques? On sait que les auteurs ont en principe répondu de différentes manières à cette question; ainsi Fournier pense qu'on doit traiter les malades pendant au moins deux ans et croit que l'on peut éviter sûrement les récidives.

Voici mon opinion : J'ai vu beaucoup de malades guéris après une seule cure et la guérison se maintenir. A quoi bon alors faire encore des traitements ? J'en connais d'autres qui, malgré des cures répétées, ont eu constamment des récidives, ont nonobstant procréé des enfants sains, et parfois ont fini par succomber à une syphilis cérébrale.

Puisque tel a été le résultat du traitement renouvelé périodiquement, il ne faut donc pas généraliser. En somme, je conseillerai de faire le premier traitement long et suffisamment soigneux. Puis on le renouvelle aussi souvent qu'il survient des phénomènes syphilitiques vrais, c'est-à-dire caractéristiques (lésions de la peau et des muqueuses, engorgement des glanglions, etc.), mais dans ces cas seulement. S'il n'y a aucun signe de syphilis, toute cure est superflue. Mais chez des individus d'ailleurs sains, une cure pratiquée d'une manière rationnelle est sans inconvénient. Je n'ai donc rien à dire en principe contre la répétition d'une cure de ce genre faite à propos pendant les premières années C'est au praticien exercé de trancher la question.

Mais la tâche qu'impose le traitement rationnel de la syphilis n'est nullement épuisée par la mise en œuvre convenable des remèdes indiqués ci-dessus qui sont efficaces contre la maladie constitutionnelle.

On doit plutôt insister sur ce que souvent on a l'occasion et même le devoir de traiter localement une affection syphilitique de la peau, en

---

juste titre, *dans tous les pays*, considérées comme les plus utiles; les plus fréquentées en France sont Luchon, Barèges, Uriage; en Allemagne, Aix-la-Chapelle.

Leur indication existe surtout dans les syphilis graves, dans celles qui sont *rebelles*, *malignes*, progressives, sans cesse récidivantes, et dans toutes les formes de la syphilis des viscères, réserve faite des cas de syphilis du système nerveux. On a dit aussi que les eaux sulfureuses étaient une « pierre de touche » pour la guérison de la syphilis. S'il est vrai que, dans quelques cas, elles ont pu déterminer l'apparition d'éruptions syphilitiques, en raison de l'action stimulante sous forme de bains ou de douches qu'elles exercent sur la peau, cette action n'a rien de constant, et, en ce qui concerne le prétendu jugement des eaux appliqué à la question du mariage, le pouvoir décisif qu'on leur a attribué n'a rien de fondé.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

dehors de l'effet curatif que l'on attend de la médication antisyphilitique générale. Ainsi, dans le cas de syphilide ulcéreuse du nez ou d'un point quelconque de la face, on ne devra pas attendre les effets d'une médication générale qui, même dans les cas les plus heureux, tarderont assez pour laisser le processus destructif envahir des organes importants, tels que la cloison ou les ailes du nez. En présence d'un danger local pressant, il faut limiter le processus aux points atteints; on y arrive presque à coup sûr par des cautérisations au crayon de nitrate d'argent ou de potasse, s'étendant jusque dans le tissu sain. Dans les cas moins urgents et là où on pourra l'appliquer facilement, on se servira d'emplâtre mercuriel qui adhère exactement; ce dernier mode de traitement est, à tort, trop négligé, car il est le meilleur pour provoquer rapidement la résorption de certaines formes de syphilides. On l'emploiera surtout dans le traitement du psoriasis palmaire et plantaire ancien, des condylomes larges, des papules avec rhagades douloureuses, des paronyxis ulcéreux, du lichen syphilitique rebelle, des syphilides à gros tubercules et des gommes, même quand celles-ci commencent déjà à se ramollir. Les ulcères guérissent aussi très rapidement par ce moyen, l'infiltration du fond et des bords de l'ulcère disparaissant sous l'influence de l'emplâtre hydrargyrique.

Le sublimé se recommande également comme médicament local à action rapide; dans le psoriasis palmaire et plantaire, sous forme de bains locaux (5 pour 100); en solution légèrement caustique (1,0 pour 50 d'alcool ou de collodion), ou sous forme de solution de Plenck (sublimé, alun, camphre, céruse, esprit-de-vin, vinaigre de vin, ana 5,00) contre les plaques muqueuses.

La teinture d'iode, la glycérine iodée, l'iodoforme, l'iodol, le collodion et les pommades à l'iodoforme ont une action résolutive très manifeste sur les gommes, moins prononcée sur les autres formes de syphilides : leur action sur les ulcères n'est pas non plus assez rapide pour que, dans les cas pressants, on ne cherche pas à agir par les moyens sûrs indiqués plus haut (p. 589) (1).

---

(1) Le traitement *externe*, *local* et *direct*, d'un grand nombre de lésions syphilitiques, localisées ou généralisées, par les pommades, les emplâtres, les bains, les poudres, les caustiques, mercuriels ou autres, est *usuel* entre les mains de tous ceux qui traitent particulièrement la syphilis. Cependant, beaucoup de médecins de pratique générale oublient presque complètement l'utilité de ces applications, et cela à ce point que l'on a pu croire leur emploi comme nouveau, et les recommander comme une « nouveauté »; en fait, cette méthode est extrêmement ancienne, et ses règles ont été depuis longtemps formulées en France par les Écoles de Paris et de Lyon. Il n'y a donc qu'à

Suite de la note des Traducteurs.

approuver les avis donnés dans le texte courant; nous n'avons que quelques préceptes à ajouter. *Ils s'appliquent à tous les syphilitiques, et au traitement intégral de la syphilis.*

I. — Chez tous les syphilitiques, la certitude où nous sommes que la peau, *dans sa totalité*, peut recevoir en dépôt, dès les premiers stades, des *germes* latents, foyers éventuels des syphilides de l'avenir, nous engage à faire une attention spéciale au traitement éliminatoire par la sudation, les bains de vapeur, les frictions, le massage, de même que nous provoquons systématiquement des éliminations réglées par le rein, et par les voies biliaires et intestinales. Chez tous, nous proscrivons sévèrement l'usage de l'alcool en boisson sous toutes ses formes, comme nuisible absolument, à titre local et général.

II. — Dans toutes les *syphilides généralisées* non ulcératives, les bains mercuriels, les applications iodées, les emplâtres hydrargyriques en feuilles papyracées, conviennent particulièrement. — Exception est faite pour les formes secondaires anomales ou malignes, où la nature ulcérative des altérations contre-indique les bains mercuriels à cause du danger de l'absorption, et où les emplâtres mitigés, les poudres, la gaze iodoformée, etc., conviennent particulièrement.

Dans les *syphilides tuberculeuses* ou *papuleuses* à *évolution torpide*, malgré le traitement interne, les emplâtres mercuriels, en couche épaisse, conviennent spécialement et, dans quelques cas, comme dans les *syphilides tuberculeuses lupoïdes* de la face, on peut, par des applications de *nitrate acide de mercure*, convenablement faites et surveillées, obtenir des résultats extraordinaires de rapidité et de précision.

III. — Pour toutes les lésions érosives humides, muqueuses, les lavages mercuriels faibles, iodés et iodurés, les gargarismes, les pulvérisations, les poudres bismuthiques et iodoformées, bismuthiques et mercurielles, l'asepsie et la propreté locale minutieuse, suffisent le plus ordinairement; on insistera en particulier sur ces dernières recommandations, toutes les fois où les *excreta*, l'urine, les fèces, etc., entreront en contact avec les lésions syphilitiques.

La cavité buccale réclame des mesures de prophylaxie et de traitement local spécial; le tabac, l'alcool, les aliments épicés ou crus, les irritants de tout ordre doivent être proscrits; la dentition mise en bon état et, pendant toute la durée du traitement mercuriel, les gencives doivent être, plusieurs fois par jour, frictionnées à l'aide du doigt ou d'une brosse très douce, garnie d'une poudre impalpable, composée de parties égales de charbon de peuplier, de quinquina et de chlorate de potasse.

Il y a là toute une série de soins indispensables dont la nécessité s'impose, mais que le médecin ne sait généralement pas conseiller, ou néglige de prescrire.

IV. — Pour les lésions érosives, qui ne cèdent pas à ces moyens *dans*

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON

Mycosis fongoïde (Frambœsia). — Lymphodermie pernicieuse. Sarcomatose de la peau.

MYCOSIS FONGOÏDE (ALIBERT)

Le terme granulome fongoïde (Auspitz) est la dénomination aujourd'hui usitée pour désigner une des formes morbides de la peau encore inexpliquée sous beaucoup de rapports; forme commençant par des lésions à peine perceptibles, eczématiformes, et accompagnées d'un violent prurit, lesquelles, après un laps de temps plus ou moins long, se transforment en infiltrats plats et en infiltrats tubéreux, plus tard en tumeurs très étendues, fongueuses, ulcérées et papillaires; en général, la maladie se termine par le marasme et la mort.

Le nom de mycosis fongoïde a été donné à cette affection par Alibert, qui a décrit et représenté (1835) sous ce titre un cas de tumeur

---

Suite de la note des Traducteurs sur le traitement externe des syphilides.

des délais rapides, les cautérisations *superficielles*, mais réitérées, avec le crayon de *nitrate d'argent, blanc, mitigé*, doivent être mises en action avec la plus grande exactitude. Dans quelques cas de plaques *rebelles* de la peau ou des muqueuses, *végétantes*, *diphthéroïdes*, le nitrate d'argent est insuffisant, et l'on arrive promptement à la répression, à l'aide d'applications convenablement faites et surveillées, de *nitrate acide de mercure*. La douleur est très vive, mais elle peut être très atténuée par les imprégnations préalables de solutions fortes de cocaïne.

V. — Dans toutes les *syphilides ulcéreuses, ulcératives, ulcérantes, térébrantes*, etc., LOCALISÉES, le *nitrate acide de mercure*, sur la peau ou dans les cavités, est le caustique spécifique; mais il faut, de la part du médecin, la notion du mode d'action énergique de ce caustique et l'apprentissage de son application. — Dans toutes celles qui, primitivement ou secondairement, en sont à la période de *réparation*, le nitrate d'argent suffit amplement.

Dans les formes ulcéreuses généralisées de la syphilis secondaire anomale ou maligne, le bain prolongé, les poudres au bismuth additionné de 1 p. 100 de calomel ou d'iodoforme et de 1 à 5 p. de salol, la gaze iodoformée, conviennent particulièrement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

spéciale de la face, sans cependant la distinguer comme un processus morbide particulier et notamment des deux autres variétés de mycosis indiquées comme syphilitiques (M. frambœsioïde et M. syphiloïde) (1). La conception d'un processus morbide spécial et symptomatiquement bien limité ne fut donnée qu'après 1860, au mycosis fongoïde,

---

(1) La maladie dénommée, en 1835, par ALIBERT « *Mycosis fongoïde* », avait déjà été décrite par lui en décembre 1812, sous le nom de « *Pian fungoïde* », *Frambœsia mycoïdes*, et figurée dans la *neuvième livraison* de l'ouvrage grand *in-folio* qui porte le millésime de 1806-1827, et qui a pour titre : *Description des maladies de la peau, observées à l'hôpital Saint-Louis, et exposition des meilleures méthodes de les guérir*, p. 157, et pl. XXXVI. C'est encore le titre de « *Pian fungoïde* » que l'on trouve dans les deux éditions *petit in*-8 du *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2e édit., 1822, p. 126. Le terme pléonastique de « *Mycosis fongoïde* » n'apparaît que dans le Tome II de la *Monographie des dermatoses*, gr. in-8, Paris, 1835, p. 413, et dans l'édition *in*-4, de la même année, p. 594, pour spécifier la seconde *espèce* du *Mycosis*, *genre* créé, le second de la *classe* des dermatoses véroleuses, laquelle comprenait les mycosis framboisé, fongoïde, syphiloïde.

A part les titres, et quelques variantes dans les mots ou dans la rédaction, la publication de 1812 contient tout ce que l'on trouve dans les reproductions ultérieures : voici les termes propres dans lesquels a été fondée *l'espèce* MYCOSIS FONGOÏDE :

« *B*. Le mycosis fongoïde (*mycosis fungoïdes*). Je ne puis manquer de fonder cette espèce, que j'ai longtemps observée, quoique ce fut toujours chez le même individu. Elle se manifeste sur une ou plusieurs parties du corps, par des tumeurs fongueuses, ovales, qui naissent et se développent successivement sur le visage, sur les membres thoraciques et abdominaux. Ces tumeurs, dont le tissu a beaucoup d'analogie avec celui des champignons, après avoir pris de l'accroissement, s'ouvrent comme des fruits putréfiés, et laissent échapper une matière ichoreuse, souvent puriforme, d'une odeur repoussante... »

ALIBERT n'a pas spécifié que les éruptions qui *précèdent* le mycosis fongoïde faisaient partie intégrante de la maladie, mais il n'a pas omis de rapporter, dans l'observation de l'unique malade qu'il ait observé, le nommé Lucas, que la maladie « *débuta par une éruption furfuracée qui n'offrit d'abord aucun symptôme alarmant* ». Il a nettement signalé, aussi, le phénomène très remarquable de la conservation *prolongée* de la santé générale : « On n'est pas moins surpris que cette maladie ait duré cinq années *sans empêcher* Lucas *de vaquer aux exercices de son état*, car il était employé à l'administration des eaux et forêts. » Enfin, il y a lieu encore de constater qu'il avait reconnu le caractère de *malignité* de la maladie.

Un dernier mot : Alibert a, il est vrai, décrit le mycosis parmi les maladies « véroleuses » mais il ne les assimilait pas à la syphilis, il les *comparait :* « mycosis syphil*oïde* » et non syphil*itique*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

en premier lieu par les travaux fondamentaux de Bazin (1862-1873), de Gillot et Ranvier (1).

C'est en France aussi que furent publiées la plupart des observations ultérieures des cas de cette maladie et des travaux qui traitaient de ce

---

(1) Bien que la part d'Alibert soit un peu moins petite que ne l'a faite le professeur KAPOSI, il est à reconnaître que sa description, enchevêtrée dans une série confuse de maladies mal définies, et pour la plupart exotiques, resta sans résultat effectif; les affections qui gravitent aujourd'hui autour du type qu'il a créé demeurèrent confondues avec des maladies diverses : *syphilitiques*, *carcinomateuses communes*, *exotiques*, avec des variétés de *lèpre ;* avec les « *molluscum* », plus souvent encore, parmi les *cachexies*, et les cas extraordinaires de *lichen*, de *pityriasis*, ou d'*eczéma pernicieux* et *malins* — ou entièrement méconnues et innommées.

Dès l'année 1851, beaucoup plus tôt que cela n'est indiqué dans le texte courant, BAZIN avait reconnu la maladie observée par Alibert sur le nommé Lucas, et il l'avait figurée et dénommée à nouveau, « *mycosis fongoïde;* » chaque année, il en faisait l'objet de quelques-unes de ses *leçons*, ou de quelques-uns de ses *entretiens cliniques*, et il lui a donné place en 1862 dans le volume composite et très riche qui a pour titre : *Leçons théor. et clin. s. les aff. cut. artificielles*, Paris, 1862, p. 372. Sans dissimuler les inconnues de la question, il reconnaît qu'il y a là une *maladie spéciale* dont toutes les formes ne sont pas dégagées, la « *Diathèse fongoïdique* » ; mais il y englobe, de la façon la plus inattendue, deux autres maladies : le *fongus acnéique ;* les *tumeurs érectiles*.

En fait, à cette époque où BAZIN avait vu trois cas de mycosis, y compris l'observation de Nicolas Herbette — si remarquable par la régression des tumeurs — il avait reconnu définitivement que le cas d'Alibert, constituait bien une espèce morbide individualisée, distincte du « cancer ».

Pendant le même temps, HARDY, frappé surtout par les phénomènes eczématiques ou lichénoïdes de la maladie, la considérait comme une « dartre dégénérée », et la décrivait sous le nom de *Lichen hypertrophique — Leç. s. les aff. cut. dart. professées à l'hôp. Saint-Louis en* 1861, réd. p. Pihan-Dufeillay, p. 92. — Nous verrons tout à l'heure que, tout en abandonnant la dénomination, ce maître éminent a conservé, en réalité, son opinion première.

En 1863, se place le mémoire de GUÉRARD, élève de Bazin, le rédacteur de ses *leçons* de 1862 — *Du mycosis fongoïde généralisé; des rapports qu'offre cette affection avec l'éléphantiasis des Grecs* — dans lequel l'auteur rappelle deux observations nouvelles, et expose les idées de son maître qui avait tenté d'assimiler le mycosis à la lèpre, et l'avait appelé « *lèpre indigène* », bien qu'il se soit défendu plus tard d'avoir jamais conclu à l'identité.

En 1864, dans un livre de « *mélanges* » qui est un des plus remarquables de la dermatologie contemporaine — *Klinische u. experiment. Mittheilungen a. d. Dermat. u. Syph.*, Erlangen, 1864, Kap. IV, p. 33-47 — HEINRICH KÖBNER, qui avait observé à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, les malades des services de Bazin et de Hardy, relate le premier examen

processus, par exemple ceux de Gaillard, Landouzy, Demange, Vidal, Brachet, Hillairet, Debove, Besnier, Hallopeau, Perrin, Malassez, Fabre, etc.; la récente publication de Vidal et Brocq, par son exactitude historique et positive et sa solidité, a montré les causes des multiples divergences d'opinions qui règnent parmi les dermatologistes sur cette maladie aussi énigmatique que grave (1).

Parmi les auteurs non français, Köbner a le premier décrit la maladie sous le nom de tumeur papillaire multiple semblable à un champignon en forme de baie (beerschwammänliche Papillargeschwülste), plus tard Geber, Duhring, sous celui de tumeur fongeuse inflammatoire, de Amicis, Engelstedt, etc. Dans le sens de Gillot-Ranvier, de tumeur

---

histologique de mycosis qui ait été exécuté, et adopte pour dénomination *beerschwammähnliche multiple Papillargeschwülste der Haut* », « tumeurs papillaires multiples fongoïdes de la peau »; tumeurs de granulations, *granulomes*. Bien que Köbner soit un auteur *non français*, sa place est bien dans la période française, dont il représente une émanation directe et brillante.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Avec le mémoire de Köbner, qui inaugure la période *étrangère* (allemande) de l'histoire du mycosis, clinique et histologique, se termine la *seconde* période française — à peu près exclusivement clinique, malgré l'examen histologique fait par Damaschino d'un cas de mycosis fongoïde (*in* mém. de Guérard, *loc. sup. cit.*) — période d'Alibert, 1806-1850; période de Bazin et de Hardy, 1851-1869. Plusieurs années se passent pendant lesquelles il n'y aurait à signaler, à l'étranger surtout, que des confusions multiples, mais pendant lesquelles se préparent les travaux histologiques sur lesquels sera basée une théorie nouvelle de la maladie, qui va sortir de l'école de Ranvier.

La troisième période française, période histologique, période de Ranvier, s'ouvre en 1869 avec la *Thèse inaugurale* de Xav. Gillot, élève d'Hillairet, dans le service duquel il recueillit, à l'hôpital Saint-Louis, l'observation de la nommée Battet (Julienne), femme Poisson; les pièces anatomiques furent soumises à l'examen histologique par Ranvier, et c'est sur cet examen que Gillot basa son travail qui a pour titre : *Etude sur une affection de la peau décrite sous le nom de mycosis fongoïde* (*lymphadénie cutanée*). Avec une réserve que l'on n'a pas assez louée, Gillot, tout en considérant les tumeurs du mycosis comme des lymphadénomes de la peau, conserva le mot d'Alibert et de Bazin, et ajouta seulement, en *sous-titre*, « *Lymphadénie cutanée.* »

Puis, les travaux confirmatifs se multiplièrent : Ranvier, Malassez, Landouzy, Debove, Desnos et Barié, E. Vidal, etc., etc., toujours exclusivement en France, et la doctrine de la lymphadénie atteignit son apogée dans les monographies d'Émile Demange, élève de Vidal — Du mycosis fongoïde ou Lymphadénie cutanée, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, 5e année, 1873, 1874, p. 21, et Étude sur la lymphadénie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses, *Thèse de*

lymphadénoïde, et les auteurs récents, soit comme les Français, sous la dénomination de mycosis fongoïde (Rindfleisch, Hammer, Köbner, Geber), soit sous celle de granulome fongoïde (Auspitz, Hochsinger et Schiff), tandis que plus tard Tanturini, Heitzmann, Hyde et moi, avons signalé cette affection comme une variété de sarcomatose.

Cette différence des opinions qui se traduit déjà par les diverses dénominations citées ci-dessus, sans que pour cela cette question soit épuisée, tient à la diversité de l'interprétation, qui a été donnée des symptômes cliniques de la maladie, de la lésion anatomique qui en résulte, ainsi que de son étiologie (1).

Paris, 1874. — Dans le premier de ces travaux, l'auteur voyait dans le mycosis fongoïde « quelque chose de spécial qui échappe encore »; mais dans le second, l'annexion du mycosis à la lymphadénie est entière; le mycosis fongoïde n'est plus qu'une des formes de « la lymphadénie » qui peut être splénique, ganglionnaire, *cutanée*, intestinale, amygdalienne, etc.

Enfin, cette troisième période française a pour couronnement l'*article Mycosis fongoïde* de Bazin, inséré dans le *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 2e série, t. XI, 1876. L'illustre dermatologiste y donne une description clinique de la maladie qui compte parmi ses meilleures; il accepte la théorie lymphadénique; propose la dénomination de diathèse *lymphadénique* pour corriger le terme de diathèse *lymphatique* adopté par Demange, mais *sans conviction*, et en faisant « des réserves ».

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Commencée en 1864 par Köbner, *loc. sup. cit.*, la période étrangère se continue latéralement : Tilbury Fox — *Skin diseases*, 3e édit., London, 1873, p. 352, — sous le nom de *Fibroma fongoïdes*, rapporte sommairement quatre cas dont deux sont, peut-être, des cas de mycosis; mais il ne prononce le nom ni d'Alibert, ni de Bazin, et ne paraît pas savoir qu'il existe une affection désignée sous le nom de mycosis fongoïde. En 1874, se place le travail de H. Port, Ein fall v. mult. Sarkombildung d. Haut unter dem Bilde der Mycosis (Alibert), aus der mediz. Klin. zu Erlangen, *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, T. XII, p. 134. Pendant ce temps, 1872, 1873, on observait à l'hôpital général de Vienne un exemple de mycosis vaguement dénommé par Hebra « *néoplasme* » — Voy. *Artzl. Bericht d. K. K. allgm. Krankenh. z. Wien* v. J. 1873, Wien, 1874 — publié un peu plus longuement par Hans Hebra — Ein seltsamer Krankheitsfall « une maladie extraordinaire », *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1875, p. 75; et un second avec la même dénomination —*Artzl. B. d. K. K. a. Krankhenh.*, etc., Wien, 1874.— C'est *le premier* de ces cas qui a été publié à nouveau, chromolithographié et histologié par Geber, en 1878 — *Deutsch. Arch. f. klin Med.*, XXI, p. 290 — il est absolument typique, et tout à fait semblable au fait remarquable observé par L. A. Duhring en 1877 et qu'il communiqua à l'Association dermatologique américaine en août 1878. De même que Geber avait dénommé la maladie tumeur inflammatoire fongueuse de la

Les symptômes du mycosis fongoïde débutent presque dans chaque cas avec les caractères de l'eczéma. Il se manifeste sur le tronc, aux plis des articulations, à la face, principalement au front, des taches rouges de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main et même plus grandes en forme de disque, sur lesquelles l'épiderme présente une fine desquamation, et ce n'est que rarement et seulement par places qu'il y a une légère humidité avec

---

peau semblable à un champignon en forme de baie (« entzündlich fungose Geschwulstform der Haut »), Duhring la dénomme anatomiquement — *Arch. of. Dermat.*, *janv.* 1879, p. I et suiv.; suppl. et discuss., p. 386 — *a case of* INFLAMMATORY fungoïd neoplasm; il reconnaît que c'est une affection « *sui generis* » mais de nature inflammatoire, et il ajoute :

« In corroboration of the view of the simple inflammatory nature of the process, which I have put forth, we have the clinical facts that both arsenic and iodide of potassium seriously aggravated the disease on the several occasions on which they were prescribed, producing symptoms identical to such as we should expect from their employment in simple acute inflammatory diseases of the skin, as, for example, in eczema. »

Duhring connaît et cite Alibert, Köbner, Bazin, Hardy, Gillot; mais il ne prononce pas le nom de Ranvier ni de Demange, et il n'avait pas encore eu connaissance de l'article de Bazin paru en 1876; il ne discute pas la lymphadénie, et même cliniquement (ce qui est bien extraordinaire de la part d'un clinicien aussi consommé que Duhring), il nie l'analogie :

« In regard to the diagnosis of the disease, I cannot see that any difficulty could possibly arise, for the features are so striking and peculiar that they must impress themselves forcibly upon the observer. The several diseases with which I conceive it might be confounded, are the vegetative, hypertrophic or fungoïd varieties of syphiloderma, lupus vulgaris, carcinoma, leprosy, and lymphadenoma of the skin « mycosis fungoïd of Gillot », and with frambœsia (yaws).
It seems scarcely necessary, after all that has been said, to add that the diseases have all been carefully excluded in the present case. The disease is, without doubt, one sui generis. »

A l'Association dermatologique américaine, la question de la lymphadénie cutanée ne fut pas davantage soulevée, et personne n'y parla des travaux français; Heitzmann renouvela seulement l'exposé de son opinion, qu'il avait déjà antérieurement exprimée à Duhring — *loc. sup. cit.*, p. 18, 19 — et, d'après laquelle les altérations constatées étaient celles du *sarcome*, du *fibrosarcome;* il discuta sommairement l'examen histologique fait par Longstreth, et, en terminant, s'écria :

« ... Who had ever heard of an inflammatory affection proving fatal with such insignifiant lesions, without attackiny any noble organ? »

Et en conclusion, il ajouta qu'il n'y avait aucune raison de faire de ce

formation de croûtes minces, analogues à de la gomme. L'altération correspond complètement au tableau connu de l'eczéma squameux en plaques des personnes chloro-anémiques, chez lesquelles les foyers

---

cas une maladie nouvelle, et qu'il s'agissait simplement de sarcome. Cette opinion fut appuyée par TAYLOR, et ne fut pas exclue par SHERWELL, lequel ajouta que la dénomination de « *fungoïd néoplasme* » lui paraissait suffisante.

A la même époque, le professeur KAPOSI, qui avait été témoin des observations (citées plus haut) faites à l'hôpital général de Vienne, et en tenant compte des faits de Bazin, Köbner, Wegscheider, L. Meyer, reconnaissait dans le groupe « mycosis » deux catégories. « Parmi les cas publiés, dit-il — *Trad. française*, t. II, p. 143 — un certain nombre peuvent rentrer dans la catégorie de la *sarcomatose générale*, telle qu'elle s'est présentée à nous dans ces dernières années, tandis que, dans d'autres cas, l'accroissement illimité de ces végétations fongueuses, et leur ulcération, pourraient être regardés peut-être comme l'expression d'une cachexie ordinairement mortelle. »

Ainsi donc, au commencement de la dernière période décennale — 1880 — le mycosis fongoïde est pour les auteurs français un *lymphadénome*, et, pour quelques-uns, une des localisations d'une diathèse spéciale, la *lymphadénie;* inconnue ou méconnue, cette doctrine, à peu près exclusivement française, n'a fait quelque fortune que chez nos voisins immédiats, en Italie : Voy. V. TANTURRI — Tre casi di mycosis fungoïdes, *Il Morgagni*, genn. e febr. 1877 ; TOMMASO de AMICIS, *Contribuz. clin. ed anatomo-patologica allo studio del dermo-linfo-adenoma fungoïde* (*Mycosi fungoïde di* Alibert, Napoli, 1882, avec pl. et histol.; LORENZO MANNINO, — Sulla Micosi fongoïde di Alibert, *Giorn. ital. d. malat. ven. e. d. pelle*, XVII, 1882, p. 148, avec phot.

A l'étranger, pendant la même période, le mycosis représente une affection *sui generis*, un néoplasme inflammatoire, la manifestation d'une *cachexie* ou une affection sarcomateuse ; ces opinions ne sont pas discutées en France, pas plus que les opinions françaises ne sont admises à l'étranger.

Cette phase est naturellement close par la courte discussion qui suivit, au Congrès international de Londres en 1881, les communications de VIDAL et de HILLAIRET sur la « *lymphadénie cutanée* » — Voy. *Transact. of the internat. med. Congr. seventh session, held in* London, 1881, p. 175 — L'identité clinique est reconnue par KAPOSI et par OSCAR SIMON ; de plus SIMON déclare que, dans cette maladie qu'il appelle « *granulome multiple* », la structure microscopique est bien celle que Vidal a décrite.

Voilà à présent le lecteur introduit au cœur de la question, et en mesure d'en suivre le développement ; la maladie va être étudiée plus scientifiquement et d'une manière plus éclairée, mais ses difficultés ne seront pas aplanies ; elle reste en état d'évolution, en même temps que les limites du type morbide demeurent indécises.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

eczémateux sont rouge pâle et ont une faible tendance à devenir humides. Cet état s'accompagne de prurit intense et d'insomnie.

L'eczéma peut ainsi persister plusieurs mois, un à deux ans (période érythémateuse et eczémateuse du mycosis fongoïde d'après les auteurs français), tandis que quelques foyers pâlissent, disparaissent, d'autres surviennent ou bien ils ont une marche centrifuge sur de grandes surfaces de la peau et augmentent jusqu'à ce qu'ils se réunissent aux plaques voisines. Parfois on voit ainsi se développer un eczéma généralisé avec quelques points restant encore indemnes. Quelques foyers pâlissent au centre par suite de leur progression à la périphérie et forment ainsi des foyers eczémateux en anneaux. Outre la desquamation et la faible humidité, on trouve, consécutivement au grattage intense, des excoriations, de petits furoncles et abcès, une teinte brune diffuse du tégument (1).

---

(1) Voici le tableau sommaire, mais typique et précis, de cette *première période*, tel que nous l'avons donné en 1880, dans la première édition de cette traduction ; il n'est pas inutile de le reproduire :

Le mycosis fongoïde est relativement rare, sa durée est longue (plusieurs années); sa marche est progressive, sa terminaison presque toujours (non toujours) fatale.

Dans sa *première période*, qui dure généralement une année au moins (souvent *plusieurs* années), l'affection ne peut être *devinée* que par un médecin particulièrement expérimenté ; elle n'est alors, en effet, caractérisée que par des lésions en apparence banales : taches congestives, fugaces ou fixes, évoluant par poussées, ortiées ensuite, quelquefois hémorrhagiques, petites ou grandes, isolées ou coalescentes, très prurigineuses souvent, non toujours.

Après être restées longtemps à l'état de *taches*, ces efflorescences *prennent corps*, la peau s'épaissit à leur niveau ; le grattage détermine des dermites eczématiformes ; puis les plaques deviennent plus épaisses, *lichénoïdes*. Tout cela se développe et évolue *progressivement*, mais d'un pas inégal, avec des *rémissions* dans le progrès et des *rétroactions* dans les lésions qui peuvent disparaître sans laisser aucune trace. Ce sont ces lésions primaires, prodromiques, préliminaires, qui ont fait penser, à tort, à quelques auteurs, que le développement ultérieur des tumeurs fongoïdes n'était qu'une sorte d'accident, de complication d'un eczéma ou d'un lichen chroniques ; mais en dehors même de la négation que l'examen histologique des tumeurs a apportée à cette supposition, l'observation clinique, en montrant que les lymphadénodermes peuvent naître sur la peau, dans les points respectés par ces lésions diverses, aurait suffi pour la renverser.

Durant les deux stades (hyperhémique et exsudatif ou hypertrophique) de cette première période, *l'état général* s'altère un peu, mais sans rien de caractéristique autre que de l'anémie, de la faiblesse, des troubles digestifs, et un malaise général plus ou moins indéfinissable.

Le professeur Kaposi assigne une ou deux années à la durée de la

Suite de la note des Traducteurs.

première période du mycosis fongoïde; cette durée peut être beaucoup plus longue ; elle a dépassé *dix années* chez deux malades soumis à notre observation l'un à l'hôpital Saint-Louis, l'autre dans notre pratique de la ville. Voici le sommaire de ces deux faits :

Obs. I. — Un coiffeur, âgé de trente ans, né à Castres, le dernier de douze enfants, de parents sains qui ont vécu plus de quatre-vingts ans, non syphilitique, ne paraissant pas être alcoolique, toujours de bonne santé, n'ayant jamais quitté la France, commence, en 1870 ou 1871, à éprouver assez souvent des démangeaisons sur tout le corps, plus accentuées la nuit.

En 1872, apparition de taches rouges disséminées sur le corps, prédominantes au tronc et à l'abdomen, manquant à la face et aux membres inférieurs, lisses, non squameuses, augmentant, diminuant, disparaissant plus ou moins complètement, mais toujours extrêmement prurigineuses ; dès cette époque, les démangeaisons étaient devenues assez vives pour que le malade ne put les calmer qu'en se faisant frictionner la peau à l'aide d'une brosse rude. Cependant il se serait produit pendant l'année suivante une accalmie presque complète aussi bien dans les efflorescences que dans le prurit.

En 1873-74, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, et il en sort après un séjour de deux mois ; le diagnostic de sortie, a été « *Prurigo.* »

En 1875, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de Lailler; les lésions qu'il présente sont moulées par Baretta, et la pièce est déposée dans le Musée de l'hôpital avec l'étiquette : Lichen ruber ? — Thorax, bras.

En 1875, le malade affirme que, pendant toute une année, il a été tourmenté par des éruptions de « clous » (furoncles), guérissant à la manière vulgaire, et se reproduisant sans cesse. Puis, les éruptions du premier type se sont reproduites comme dans la première phase, et il s'écoule près de dix ans pendant lesquels le malade, lassé de l'insuccès de tous les traitements qu'il avait subis, ne voit plus aucun médecin. Sa situation reste stationnaire, sa santé générale excellente ; il continue sans interruption son métier de coiffeur.

C'est seulement en 1887, *seize à dix-sept ans après le début du prurit et des éruptions cutanées*, qu'il vient à notre policlinique de l'hôpital Saint-Louis, nous demander secours parce que, sur le devant de la poitrine, sur deux ou trois des plaques rouges et squameuses qui y existaient depuis des années, il s'élevait de petites « bosses », tumeurs rondes, rouges, pisiformes, dont l'une avait déjà disparu *spontanément* quand nous avons vu le malade pour la première fois. Mais, dans les mois qui suivirent, une tuméfaction diffuse réunit par la base les nodosités en s'étendent vers l'aisselle gauche; quelques tumeurs s'ouvrirent et suppurèrent, d'autres persistaient.

Pendant l'année 1888, la multiplication des tumeurs se fit autour du groupe principal constituant une immense cuirasse de tumeurs dermiques, la peau conservant sa mobilité sur les parties profondes ; tumeurs de toutes les dimensions, depuis un pois jusqu'à une mandarine, les unes rouge violacé, dures, immobiles, les autres se ramollissant par le centre, et s'évacuant sur le mode typique. ***Pendant tout ce temps, il continuait à se former de nouvelles plaques lichénoïdes; aucune des tumeurs ne naissait de la peau non préala-***

Suite de la note des Traducteurs.

blement altérée, et l'on pouvait voir, sur le même sujet, les lésions à tous les âges et à tous les degrés.

Sur tout le pourtour de la masse centrale, particulièrement au niveau de l'épigastre, nombreuses tumeurs satellites du volume d'un pois, en voie de développement, et, de plus, nombreuses plaques proliférantes sur le côté gauche du col, au pourtour des aisselles, à la partie postérieure du thorax, le long de la crête iliaque ; très peu aux membres, quelques-unes, de petite dimension, autour des genoux ; et, au milieu de tout cela, rétrocession curative imparfaite d'un certain nombre de placards simples, ou de tumeurs ; celles qui ont été ouvertes ne guérissant qu'avec une cicatrice saillante et irrégulière. Sauf un phlegmon aigu de l'aisselle gauche, épisodique, le malade reste dans un état de santé satisfaisant, il souffre peu ou pas, il n'y a que du prurit ; l'appétit est conservé ; la nutrition générale se fait bien ; il n'y a ni leucémie, ni hypersplénie, quoique tous les ganglions, surtout ceux des aisselles, soient volumineux.

En 1889, nous faisons mouler par Baretta la moitié gauche du thorax et la racine du bras du même côté ; la pièce est déposée par nous dans le Musée de l'hôpital et nous inscrivons sur son étiquette : Mycosis fongoïde à la période ulcérante. Coexistence des lésions à tous les degrés, y compris l'eczéma figuré pré-mycosique que l'on aperçoit en haut sur la face interne du bras.

C'est au cours de cette année que l'état général commence à s'altérer malgré tous les soins donnés, et la conservation de l'appétit ; le malade maigrit, et commence seulement à s'inquiéter. Non seulement le groupe central prolifère, mais un grand nombre de points, depuis des années à l'état torpide, entrent en période de tumeurs : — sur les régions claviculaires, à la nuque à la région sous-mentonnière ; sur le dos et sur les membres, ce sont toujours les plaques polymorphes qui existent, conservant leur prurit inextinguible.

En 1890, tout s'aggrave : les tumeurs se développent à la racine du membre supérieur gauche ; un grand nombre des tumeurs des périodes précédentes sont remplacées par des cicatrices blanches, entremêlées de tumeurs profondément ulcérées. Au mois de mars, les plaques polymorphes des régions lombaire, fessière, de la hanche, de la face interne de la cuisse à gauche, le pli génito-crural, de l'hypogastre, de la crête iliaque droite, de l'omoplate gauche entrent en prolifération, et en période de tumeurs. Le malade accuse de la dysphagie, et le pharynx présente des ulcérations profondes à bords déchiquetés ; puis il survient de l'œdème des membres inférieurs, et du scrotum sans albuminurie. Pendant le mois d'avril, eschare au sacrum, perte d'appétit et refus d'alimentation ; émaciation et affaiblissement rapides ; *les placards lichénoïdes et prurigineux persistent, mais toutes les tumeurs subissent un affaissement, et la sécrétion ichoreuse diminue considérablement.* Un peu d'albumine apparaît dans l'urine, l'œdème se généralise ; un délire permanent s'établit ; et le malade succombe le 22 mai, après une courte agonie.

L'autopsie a été pratiquée par L. de Saint-Germain, interne du service ; la partie histologique en sera ultérieurement publiée. Aucune lésion macroscopique importante n'a été relevée, autre que l'augmentation de volume de la rate et la tuméfaction avec ulcération des régions adénoïdes — orifice supérieur du larynx, replis ar-épiglottiques, face postérieure du larynx. La trachée, les poumons, les plèvres, le tube digestif, le foie sont normaux.

Obs. II. — Le cas observé dans notre pratique de la ville est relatif à une

Suite de la note des Traducteurs.

dame, d'une très belle santé jusqu'à l'âge de la ménopause, et qui à partir de cette époque, devint tourmentée par des *douleurs* articulaires et péri-articulaires symétriques, occupant surtout les membres avec prédominance aux genoux, douleurs rémittentes, mais progressives, rebelles à toute médication, que l'on désigne encore improprement sous le nom de « rhumatismales », faute de savoir leur nature exacte, et qui ne sont autres que les manifestations de *maladies générales* à peine estompées dans leurs contours, en réalité inconnues.

En même temps, que ces douleurs se produisirent, sur les membres inférieurs d'abord, des *disques* érythémato-squameux, assez nettement arrondis pour frapper l'attention, immobiles sur les mêmes points *pendant des mois et des années,* résistant à tous les moyens de traitement, et que pendant plusieurs années nous avons hésité à dénommer eczéma ou psoriasis, bien que les altérations fussent celles de l'eczéma à la période de retour pityriasique, ou du psoriasis pityrasiforme des vieillards et des cachectiques. Les seuls caractères vraiment spéciaux étaient la permanence immuable des éléments, leur extension périphérique lente sans guérison du centre, et le *prurit intolérable.*

Il y avait déjà longtemps que nous pensions à l'existence d'un mycosis fongoïde *à la période de germination ;* mais comme les années s'écoulaient sans qu'aucun élément dépassât le niveau, et bien que la maladie s'étendît progressivement aux membres supérieurs et au tronc, qu'elle envahît les régions plantaires, nous hésitions encore lorsque survinrent tout à coup, *plus de dix ans après le premier début,* les phénomènes caractéristiques, et la *période de floraison* sous deux formes distinctes : *a.*) petites tumeurs fongoïdes, du volume d'une noisette et d'une noix élevées sur le bord de deux plaques très anciennes qui ne furent envahies que partiellement ; *b.*) infiltration dermique d'un grand nombre de plaques avec phlyctène annulaire et végétations fongoïdes à la périphérie, quelques plaques bulleuses complètes naissant sur une ancienne plaque lichénoïde — véritable « pemphigus végétant » ou mieux état fongoïde et bulleux — constituant soit des disques végétants, soit de véritables anneaux fongoïdes à bords larges et élevés de 1 à 2 centimètres, se recouvrant de croûtes, s'ulcérant, et constituant des plaies ichoreuses fétides.

Il y avait douze ou treize ans au moins, peut-être quatorze ou quinze, que la maladie avait débuté quand la nutrition commença à s'altérer, et, en une année et demie environ, amena la cachexie terminale et la mort.

Examen histologique d'une des tumeurs (*enlevée pendant la vie*), *par* Darier. — « La pièce reçue à l'état frais a été divisée en fragments et durcie partie par le bichromate d'ammoniaque, partie par l'alcool au tiers, la gomme et l'alcool.

Sur des coupes, examinées à un faible grossissement, on reconnaît que la tumeur occupe le derme presque entier et le corps papillaire ; elle devait faire une saillie notable à la surface de la peau ; elle est ulcérée dans une petite étendue.

Le tissu qui compose cette tumeur, étudié à l'aide d'un fort grossissement, présente tous les caractères du tissu adénoïde typique. Sur des préparations non traitées par le pinceau, on ne voit que des cellules rondes ou polygonales par pression réciproque ; il est nécessaire de chasser mécaniquement ces éléments pour reconnaître qu'ils sont logés dans une trame de tissu conjonctif réticulé. Les mailles du réticulum sont très petites, ren-

Après une durée aussi longue, il se produit déjà et par plaques un épaississement en différents points de la peau, par suite de l'infiltration œdémateuse inflammatoire du chorion (deuxième période, d'après Köbner), qui est surtout appréciable aux foyers orbiculaires de l'eczéma dont les bords sont légèrement saillants, et paraissent tendus, lisses et brillants.

Désormais apparaissent des infiltrats plus épais sous forme d'élevures demi-sphériques, dures, rouge brun pâle ou rouge vif ou de nodosités nettement circonscrites, situées au centre ou sur les bords irréguliers des parties eczémateuses de la peau. On voit survenir aussi d'autres nodosités très dures, du volume d'un pois à celui d'un haricot,

---

Suite de la note des Traducteurs.

ferment une ou deux cellules chacune; les travées en sont très fines, anastomosées, portent encore des cellules plates quand l'action du pinceau n'a pas été complète. Ces travées, comme dans le tissu réticulé des ganglions, s'insèrent sur la paroi des vaisseaux capillaires qui parcourent le tissu.

En d'autres points, le réseau est formé de travées plus grosses et cela notamment vers les bords de la tumeur.

Il faut noter en effet qu'il n'y a pas une transition brusque entre la néoplasie et le tissu sain qui l'environne.

Il y a au contraire pénétration réciproque du tissu adénoïde et des éléments du derme tout autour de la tumeur. En partant du centre, on voit les travées du réseau devenir moins grêles; on retrouve des fibres élastiques et des faisceaux conjonctifs et qui se terminent en s'effilant dans le néoplasme, et qui d'autre part deviennent de plus en plus gros et nombreux à mesure qu'on se rapproche des bords. Dans le derme avoisinant, on retrouve des nids de cellules rondes dans les fentes du tissu conjonctif, se prolongeant assez loin et cela notamment autour des vaisseaux.

Au-dessous de la tumeur, se voient des glomérules de glandes sudoripares qui ne sont pas notablement altérés.

A sa surface, j'ai dit qu'il y avait une petite ulcération; le tissu adénoïde n'est recouvert en ce point que par une croûte.

Autour de l'ulcération, les papilles sont très augmentées de volume et allongées, composées de tissu réticulé à grosses travées : leur direction est modifiée, elles s'inclinent en divers sens.

L'épiderme, là où il n'y a pas d'ulcération, est composé des couches normales, mais il est manifestement tiraillé et distendu par le développement de la tumeur. Le fait est évident surtout au niveau des prolongements interpapillaires de l'épiderme qui sont effilés et étirés, beaucoup plus longs que normalement, puisque les papilles sont accrues, et dirigés en tous sens. Les cellules malphigiennes du revêtement épidermique et des bourgeons interpapillaires, par l'effet sans doute de ce tiraillement, présentent des filaments d'union d'une grande netteté.

C'est même au point de vue de la structure filamenteuse de l'épiderme une des pièces les plus démonstratives que j'aie rencontrées. Cette disposition tient probablement au développement relativement rapide de la tumeur et à l'absence d'une irritation concomitante de l'épiderme qui s'est laissé distendre mécaniquement.

Au niveau de la tumeur, les poils et leurs glandes sébacées ont disparu;

arrondies, rouge brun ou des saillies dures en forme de pomphi, mais aussi sur des régions du tégument indemmes d'eczéma (1) (période lichénoïde, Bazin), sur les points les plus divers de la peau et sans aucune régularité dans leur disposition. Bon nombre de ces lésions disparaissent de nouveau complètement après une durée de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, ou même très rapidement dans l'espace de peu de jours, en laissant de la pigmentation ou une dépression atrophique superficielle, tandis que sur d'autres points il s'en produit de nouvelles.

D'autres se transforment par dépression centrale et atrophie avec progression périphérique simultanée, en cercles infiltrés aplatis et durs, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main. D'ordinaire, les nodosités sont disséminées. Dans

---

Fin de la note des Traducteurs.

les muscles des poils persistent au contraire, mais ils sont dissociés par le tissu réticulé qui disperse les éléments musculaires en petits faisceaux composés de deux ou trois fibres seulement. Les glandes sudoripares sont conservées puisque j'ai signalé leurs glomérules au-dessous de la tumeur ; cependant je n'ai pas réussi à voir les canaux excréteurs correspondants qui sont peut-être repoussés sur les côtés.

Les vaisseaux et les nerfs que l'on voit dans le voisinage de la tumeur ou même dans son intérieur ne sont pas modifiés quant à leur structure.

« La discussion ci-dessus ne me paraît autoriser qu'un seul diagnostic histologique, celui de *lymphadénie cutanée* ou *mycosis fongoïde d'Alibert*. Si l'on a, en effet, signalé la présence du tissu adénoïde dans d'autres productions morbides telles que les tubercules et la gomme, on ne le trouve jamais dans ces cas à l'état de pureté sur une surface aussi étendue. Il n'y a pas, ici, ce groupement nodulaire habituel dans les granulomes infectieux (follicules tuberculeux, nodules syphilitiques).

Les cellules géantes font absolument défaut. Enfin les lésions vasculaires sont absentes et corrélativement il n'y a aucune tendance à la classification des parties centrales de la tumeur. L'ulcération doit vraisemblablement trouver son explication dans un trouble de nutrition de l'épiderme sous l'influence de la distension. »

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce point comporte de notre part quelques réserves : Sur les malades que nous avons examinés avec soin dans le but de le déterminer, et qui présentaient la *forme typique* du mycosis d'Alibert, c'est-dire une période préalable d'efflorescence, nous n'avons jamais constaté la production primitive de tumeurs sur des points de tégument absolument sains. Les efflorescences préliminaires du mycosis sont mobiles, et à moins d'une enquête minutieuse, faite sur un malade suivi sans interruption, il est difficile d'affirmer qu'il n'y avait eu, antérieurement, aucune tache sur les points où l'on déclare que les tumeurs sont apparues « primitivement » ; nous ne faisons allusion ici, nous le répétons, qu'à la forme complète et typique du mycosis *fongoïde*.

E. B. — A. D.

un cas j'ai vu sur le tronc tout entier, le thorax, l'abdomen et le dos, les nodosités très serrées les unes contre les autres et par suite la peau de ces régions était dure comme une planche, rugueuse, extrêmement douloureuse.

Enfin il se développe directement de la surface des foyers aplatis d'eczéma, ou par la croissance rapide des infiltrats et des nodosités, des tumeurs un peu volumineuses, rouges, tubéreuses, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf, voire même d'un citron et même plus. Celles-ci de consistance irrégulièrement dure ou flasque, en général rouge vif, sessiles ou étranglées à la base en forme de gâteau aplati et puis légèrement lobées et dentelées (par conséquent comparables, selon Alibert, au fruit du solanum lycopersicum), se désagrègent rapidement à la pointe en ulcères sanieux, à base fongueuse et saignant très abondamment, avec sécrétion visqueuse et nécrose en masse partielle. J'ai vu des cas de ce genre sur le cuir chevelu, au sein, au-dessus de la rotule, sur le bras.

Des proliférations papillaires humides et saignantes (flambœsiformes), rouges, mamelonnées, à plusieurs lambeaux, s'élèvent soit de la base des tumeurs ulcérées ou directement des infiltrats aplatis et des points de la peau devenus eczémateux.

Déjà pendant la période eczémateuse les malades s'affaiblissent en général d'une manière très sensible, à ce qu'il semble, à la suite du prurit intense, de l'insommie et de l'inappétence, qui existe souvent, produits par le processus lui-même (1).

Il n'y a en général pas de fièvre pendant toute l'évolution de la maladie jusqu'au moment des paroxysmes déterminés par les ulcérations locales et par l'inflammation érysipélateuse et lymphangitique qui en résulte. Mais le développement aigu et subaigu des nodosités est accompagné de fièvre rémittente ou intermittente.

Par suite de la marche progressive du marasme (quatrième période des auteurs (2), qui peut débuter déjà pendant la période eczémateuse, les

---

(1) Nous avons fait remarquer que, dans les cas à longue évolution, dont nous avons produit deux exemples, la santé générale pouvait être conservée pendant de longues années ; notre coiffeur — obs. I, p. 621 — travaillait de son état plus de seize ans après le début de la maladie, et dix ans après les premières manifestations; la malade de notre observation II, p. 622 — avait encore tout son embonpoint fort remarquable; elle ne se serait pas considérée comme « malade », si elle n'avait été rendue impotente par les douleurs articulaires.

E. B. — A. D.

(2) P. Fabre (de Commentry) — *Des manifestations cutanées de la Lymphadénie*, Paris, 1884 — distingue quatre périodes : *a.) p. initiale*

malades succombent soit dans cette période par suite des complications locales, par exemple suppuration du tissu cellulaire, soit pendant la phase de formation des nodosités, soit enfin seulement dans le stade d'ulcération et de prolifération papillaire (1).

Les nécropsies n'ont, jusqu'à présent, révélé aucunes lésions des organes internes, ou du moins aucunes altérations dépendant directement du processus. Hammer et Rindfleisch ont, dans un cas, Hochsinger et Schiff, dans un autre, trouvé des cocci, mais ces micro-organismes paraissent n'avoir rien de commun avec le processus, car dans les cas examinés avec le même soin et la même connaissance de la question par Köbner, Geber et Neisser, il n'a rien été trouvé de semblable (2).

Jusqu'à ce jour, la thérapie s'est montrée impuissante contre cette forme morbide décrite sous le nom de mycosis fongoïde. Seulement

---

(taches congestives simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou l'eczéma); *b.*) *p. lichénoïde* (papules *persistantes*, prurit très vif, etc.); *c.*) *p. de transition* (plaques indurées rouge brun, altérations multiformes; apparition des néoplasies, adénopathies); *d.*) *p. de cachexie*.

E. B. — A. D.

(1) Rien n'est plus saisissant que la longue *extériorité* de cette atroce maladie; dans les cas où, quelque étendue qu'elle soit, la néoformation reste *disséminée,* n'altérant qu'*une partie* de la surface tégumentaire, *mais non sa totalité* (mycosis d'Alibert); la terminaison funeste est toujours très lente à venir. E. B. — A. D.

(2) La solution de cette question est entièrement à ajourner à une époque ultérieure; elle reste subordonnée aux progrès des connaissances mycologiques et de la technique histobactériologique. En dépit des résultats contradictoires des recherches de Köbner, Geber, Neisser et de leurs élèves, nombre de raisons militent en faveur de la nature extérieure, parasitaire, de l'agent irritatif cause de la maladie :

Cf. H. Auspitz, Ein Fall von Granuloma fongoïdes (Mik. f. Alibert) m. 3 Taf., *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1885, p. 123; Fr. Hammer, *Mittheil. d. med. Klin zu Würsburg*, I, 1885; Rindfleisch, *Deutsche med. Wochenschr.*, nº 15, 1885; Carl Hochsinger, z. Frage d. Gran. fung. (Auspitz), Mik. f. (Alibert), *Viertel f. Dermat. u. Syph.*, 1885, p. 711; H. Hallopeau, Du mycosis fongoïde, *Revue des Sc. m. de Hayem*, 1885, p. 747; Carl Hochsinger u. Eduard Schiff, z. Lehre vom Granuloma fungoïdes (M. f. Alibert), *Viert. f. Dermat. u. Syph.*, 1886, p. 361; H. Köbner, Histologisches u. Bacteriologisches über M. f. (Alibert) *Fortschritte d. Med.*, etc., 1886, p. 549, et Mycosis fungoïdes (Alibert), Cinquante-neuvième Congrès scient. de Berlin, 1886, *Deutsch med. Wochensch.* nos 39 u. 40; Neisser, Schiff, Lewin, Geber, Köbner, *idem, in Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1886, nº 11; Reinhold Lederman, zwei Fälle v. Myc. fung., *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, p. 683, etc., etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Köbner a vu dans un cas récent la guérison se produire sous l'influence de la médication arsenicale et Bazin une guérison réalisée par l'action de l'érysipèle. J'ai, jusqu'à présent, observé cinq cas de ce genre. Dans l'un de ces cas, une dame non mariée, âgée de trente-cinq ans, chez laquelle, après une durée de deux ans de la période eczémateuse, l'éruption de nodosités compactes, telle que nous l'avons indiquée, et qui n'étaient pas ulcérées, s'arrêta, la dernière éruption disparut dans l'espace de trois semaines sous l'influence d'injections sous-cutanées d'arsenic. Mais peu après, l'éruption se renouvela et fut suivie très rapidement d'une terminaison fatale (1).

---

(1) La marche longue et rémittente de la maladie, les probabilités de sa cause extrinsèque, le long répit laissé par les mois et les années dans un grand nombre de cas, non moins que les ébauches de guérison spontanées ou produites sous l'action de divers agents thérapeutiques, sont de nature à encourager les expérimentateurs, malgré l'insuccès trop réel des efforts tentés jusqu'à présent.

C'est sans aucun résultat favorable que nous avons tenté *l'emploi interne*, à toutes doses, de l'*iodure de potassium*, du *mercure*, des *composés salicylés et phéniqués*, du *bromure de potassium*, *des bicarbonates alcalins*, de *l'arsenic*, *etc.*, *etc.*

C'est cependant ce dernier médicament par la *voie hypodermique* qui, sur les indications de Köbner, semble devoir être expérimenté à nouveau, malgré les difficultés matérielles de son application dans un grand nombre de cas, par lassitude ou inobéissance des patients.

C'est avec un résultat aussi nul que nous avons poursuivi la guérison *réelle* des efflorescences primaires avec l'aide des agents de réduction les plus énergiques ; c'est surtout avec un insuccès absolu que nous avons poursuivi par tous les moyens imaginables la cure du prurit atroce, horrible, qui excrucie les malheureux malades ; il faut *varier* à l'infini l'usage externe de tous les modificateurs externes dont l'effet est rapidement usé. Nous n'avons pas osé, en raison de la grande faculté d'absorption des efflorescences pour les substances toxiques, et de leur étendue, avoir recours aux *fomentations* faites avec les *solutions de cyanure de potassium* à la dose qui serait nécessaire, et que nous estimons à 1 pour 200. Henry Wm. Blanc — Report of a case of the Mycosis fongoïde of Alibert, *Journ. of cut. and gén. ur. dis.*, Vol. VI, July-Aug. 1888, et *tirage à part*, p. 8 et 10 — a essayé l'emploi d'une pommade composée de « a drachm of dilute hydrocyanic acid and an ounce of vaseline » sans effet marqué : « its effects on the pruritus is very slight ».

Dans les cas où les *tumeurs* sont discrètes, comme chez la malade de notre observation, l'exérèse peut en être exécutée sans aucune appréhension, et est d'un grand secours : Dans deux opérations de ce genre, exécutées à notre demande par Terrier, les suites opératoires ont été des plus simples; la réunion par première intention parfaite; et il ne s'est pas produit de récidive sur place.

A la période des *tumeurs ulcérées*, quelques pansements utiles, très

L'examen histologique révèle dans le chorion et le tissu sous-cutané une infiltration partant des vaisseaux avec de petites cellules rondes typiques (Neisser, Hochsinger, Schiff et Kaposi) qui sont enchassées dans un réseau à mailles étroites de tissu conjonctif fribrillaire fin. Au début, l'épithélium est en prolifération, formant des prolongements, plus tard il s'amincit au niveau des os. Cette structure réticulée et le dépôt de cellules rondes (Demange) a déterminé Ranvier et après lui la plupart des auteurs français (Vidal) à désigner le processus sous le nom de lymphadénie cutanée. Mais tandis qu'on n'exprime par là, dans ces cas, que la seule ressemblance avec la structure des ganglions lymphatiques, d'autres auteurs ont prétendu trouver dans cette maladie un rapport avec la leucémie, car outre l'anémie propre à tous les cas, on a constaté (Demange, etc.) aussi une diminution des corpuscules rouges du sang, et des tumeurs ganglionnaires. Mais je n'ai vu de leucémie vraie que dans un cas d'une dermatose dont je parlerai bientôt, que j'ai, pour le moment encore, des raisons de distinguer du mycosis fongoïde (1).

Maintenant il y a des cas dans lesquels, sans stade eczémateux ou lichénoïde préalable (Bazin), on voit les tumeurs volumineuses en voie d'ulcération et papillaires décrites ci-dessus apparaître en une seule fois (d'emblée), disséminées et en nombre moindre et avec la même évolu-

---

utiles, peuvent être exécutés; les *pulvérisations phéniquées*, matin et soir, et, dans les intervalles, des applications de *poudre composée de sous-nitrate de bismuth 90,* pour *10* de *salol*, constituent la médication externe que nous considérons comme préférable; le poudrage se fait par *insufflation*, et le pansement est complété par un *enveloppement de gaze aseptique, recouverte d'une couche épaisse de coton hydrophile*, maintenue par un bandage approprié. A l'aide de ce pansement et de l'emploi du salol, la famille du malade, ou les voisins de lit dans la salle d'hôpital, ne sont pas incommodés par l'odeur; le patient lui-même obtient un *minimum* de malaise et de prurit. Brocq, *loc. sup. cit.* p. 512, rapporte un cas où les pansements au *naphtol camphré*, et des injections interstitielles dans les tumeurs, amenèrent une nécrose et une cicatrisation rapide des tumeurs, en même temps que la guérison de celles qui étaient préalablement ulcérées, en ajoutant seulement que « le pansement ouaté causait des démangeaisons insupportables. Il sera aisé de juger promptement de la valeur de ce modificateur énergique.

Ernest Besnier — A. Doyon.

(1) L'auteur a reconnu ailleurs — Ueber Myc. fong, and ihre Beziehungen zu andren änhlichen Erkrankungsformen, *Wiener medic. Wochenschr.*, 1887, n°s 19 à 22 — que le cas de Philippart — Obs. de diathèse lymphogène à forme cutanée, léontiasique, ganglionnaire, hépatique, et leucocythémique, *Acad. roy. de Méd. de Belgique*, 21 août 1880, — « correspond, en beaucoup de points, au mycosis fongoïde ».

E. B. — A. D.

tion fatale. Vidal considère ces cas comme une deuxième variété du mycosis fongoïde (1).

---

(1) Dans leur remarquable mémoire, si justement apprécié tout à l'heure par le professeur Kaposi — Étude sur le mycosis fongoïde, *France médicale*, n°s 79-85, t. II, 1885 — E. Vidal et L. Brocq reconnaissent dans le mycosis fongoïde, au point de vue de l'aspect extérieur et de l'évolution clinique, deux « grandes variétés ».

I

La « *première variété* » correspond au type classique du mycosis de Bazin comprenant trois périodes ; eczématiforme, lichénoïde, et de tumeurs fongoïdes. On y peut ajouter, comme le propose Kaposi, une période d'ulcération.

Ce premier type constitue pour nous la première *espèce* du *genre* Mycosis, la *forme* clinique typique, dans laquelle une étude plus attentive et plus précise des observations passées, ou à venir, permettra d'établir des *variétés* proprement dites. Relativement à l'*ordre* hiérarchique des périodes, il est nécessaire de faire remarquer qu'elles ne s'excluent pas l'une l'autre; jusqu'à la fin, en pleine période de cachexie, on peut encore voir se développer des plaques superficielles, des plaques superficielles devenir profondes, etc.

C'est bien à cette première *espèce* que se rattache l'observation du fondateur du *genre Mycosis*, laquelle, comme nous l'avons dit ailleurs — E. Besnier, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. V, 1884, p. 57, à propos d'un travail de Köbner intitulé : Beerschwammæhnlichen multiplen papillar Geschwulsten der Haut, *Berliner med. Gesellschaft*, 7 mars 1883 — doit être désignée sous le nom de *Mycosis d'Alibert*. Dans son mémoire de 1887, Kaposi range le cas d'Alibert dans le « *troisième* type », celui dans lequel les tumeurs mycosiques apparaissent sans période d'efflorescence préalable. Cela n'est pas justifié, car Alibert dit expressément :... « L'affection extraordinaire de Lucas *débuta par une éruption furfuracée.* » La *durée* de la maladie de Lucas fut au moins de cinq ans ; elle présenta épisodiquement des « vésicules ou ampoules », etc., caractères qui complètent le type fondamental.

II

La « *seconde variété* » de Vidal et Brocq, reçoit, de ces auteurs, les caractères suivants :

« Les lésions sont beaucoup plus circonscrites, n'ont pas le caractère diffus des précédentes, ne sont jamais généralisées si elles sont multiples, ne forment parfois qu'une ou plusieurs tumeurs bien limitées, et semblent offrir un caractère de fixité d'autant plus grand qu'elles sont moins nombreuses ; on n'y observe ni période eczématiforme, ni période lichénoïde prémonitoires ; loin d'être moins grave que la forme précédente, celle-ci arrive peut-être parfois plus rapidement qu'elle à une terminaison fatale (obs. I, II, IV).

Il faut savoir le plus grand gré à Vidal et à Brocq, d'avoir mis en évidence, et séparé nettement, les cas dans lesquels les tumeurs se déve-

Suite de la note des Traducteurs.

loppent en dehors des altérations eczématiformes et lichénoïdes, ce qui, dans la description de Bazin, était resté obscur et confus. Toutefois, la seconde variété de ces auteurs doit être décomposée, et cette dissociation a été commencée par Kaposi, *loc. sup. cit.*, qui après le premier type, en reconnaît deux autres:

« Le second type de développement du mycosis fongoïde, dit-il dans son mémoire de 1887 — *loc. cit.* — *débute* par des *taches* ovales, arrondies, aplaties très légèrement saillantes, de dimensions variables, rouge pâle, à reflet blanc jaunâtre, semblables à des plaques d'urticaire dont elles ne se distinguent du reste que par leur consistance plus dure et l'absence de reflet. Le prurit fait souvent complètement défaut, d'autres fois il est très vif. Elles apparaissent principalement au tronc, plus tard en grand nombre sur les membres. Au bout de plusieurs mois, on remarque des plaques dermiques épaisses en forme de plateau, analogues à celles qui surviennent dans la sclérodermie, qui se traduisent par une coloration rouge bleu et un éclat plus accentué. Les plaques semblables à celles de l'urticaire ont souvent, comme ces dernières, un aspect annulaire. Ces infiltrats peuvent disparaître, de nouveau, complètement, sans laisser de traces ou bien en laissant de l'atrophie.

Enfin, après plusieurs mois, un à deux ans, ils se transforment en nodosités et en tumeurs — période des tumeurs fongueuses.

Parmi les trois observations du mémoire de Vidal et Brocq, I, II, IV, la dernière seule se rapporte certainement au second type de Kaposi; les tumeurs proprement dites sont, en effet, précédées par une « macule non surélevée », par une « vascularisation exagérée, arrivant même à la congestion hémorrhagipare »; dans la première et dans la seconde surtout, ce point reste un peu douteux.

Ces faits sont donc assez compliqués, bien difficiles à interpréter quand on n'en a pas lu la relation entière, aussi n'hésitons-nous pas à mettre sous les yeux du lecteur les trois observations du mémoire de nos savants collègues.

Obs. I. — « *Mycosis fongoïde de la tête et de la face.* (On trouvera cette observation publiée *in extenso*, par le Dr Demange, dans les *Annales de Dermatologie* de 1874.) — L... (Charles), âgé de soixante-neuf ans, ouvrier fileur, d'une bonne santé antérieure, entre le 22 février 1873, à la salle Saint-Louis, n° 46. Au mois de juillet 1872, il a remarqué au cuir chevelu deux petites tumeurs assez dures et indolentes, qui ont rapidement atteint le volume d'un œuf de pigeon, puis se sont ulcérées. En même temps, la peau du front et le reste du cuir chevelu devenaient violacés, et se couvraient même de taches noires en certains points.

Après leur ulcération, les tumeurs précédentes ont graduellement diminué, mais d'autres plus petites, semblables aux premières, se sont montrées tout autour, et en somme l'état n'a fait qu'empirer.

Lors de son entrée à l'hôpital, la face est notablement tuméfiée; le gonflement occupe surtout le front, le cuir chevelu, la joue droite; un œdème considérable des paupières ne permet plus au malade d'entr'ouvrir l'œil droit. La peau est très sensible au toucher, dure, comme épaissie et adhérente aux parties sous-jacentes; sa coloration est rouge et violacée; par places, on voit quelques taches ecchymotiques. Sur le cuir chevelu, une

Suite de la note des Traducteurs.

tumeur molle et ulcérée, du volume d'une noisette, laisse écouler un liquide ichoreux; autour d'elle se trouvent quatre petites tumeurs dures, non ulcérées, au niveau desquelles le cuir chevelu est aminci et les cheveux ont disparu. Il n'y a pas de plaques d'anesthésie.

Le 25. La tuméfaction œdémateuse de la face a augmenté surtout à droite; quelques phlyctènes se forment sur la joue, le malade y éprouve de grandes douleurs; les veines du côté droit sont évidemment le siège de phlébites multiples ayant déterminé des coagulations intra-vasculaires appréciables au toucher.

Le 28. Les téguments s'escharifient en plusieurs points.

3 mars. Les eschares se détachent au niveau de la pommette et près de l'oreille; en d'autres points, la peau est complètement insensible.

Le 10. Des lambeaux de tissus sphacélés continuent à se détacher; la moitié droite de la face n'est plus qu'une vaste plaie à fond grisâtre et sanieux; néanmoins, l'état général du malade est assez bon; on lui prescrit un régime tonique et 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Ce traitement est continué jusqu'à la fin de mai, et, pendant tout ce laps de temps, l'état local s'améliore. La vaste plaie du visage se cicatrise en partie; les tumeurs qui n'ont pas suppuré s'affaissent et diminuent de volume; il est vrai qu'il s'en forme d'autres, en tout semblables aux premières.

Vers la fin de mai, sans aucune cause appréciable, le travail de cicatrisation s'arrête brusquement en l'espace de huit jours, toutes les surfaces qui s'étaient réparées s'ulcèrent de nouveau : le côté gauche de la face se prend avec la plus grande rapidité; la peau s'épaissit, s'indure, devient violacée, et sur les limites inférieures de cette vaste nappe se forment des hémorrhagies cutanées.

Dès lors, le malade s'épuise en peu de jours; il est obligé de garder le lit; le masséter, la région mastoïdienne, puis le pariétal se dénudent à droite. Les eschares de plus en plus profondes, qui ne cessent de se détacher, laissent béantes des veines par lesquelles ont lieu de petites hémorrhagies. Enfin, la mort arrive dans le marasme le 16 août, à 7 heures du soir.

L'examen histologique d'une des tumeurs de ce malade a été faite au Collège de France, par M. Debove; en voici le résultat : « Au niveau de la tumeur, les faisceaux du tissu conjonctif du derme sont dissociés par un grand nombre de globules blancs; en certains points, ces globules forment des masses de grandeur variable; en pratiquant des coupes fines et en chassant ces éléments avec le pinceau, on reconnaît qu'ils sont supportés par un réticulum lymphatique. »

Obs. II. — « B... (Honorine), âgée de quarante-huit ans, fleuriste, entre le 4 avril 1875 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Vidal, salle Saint-Thomas, n° 36.

Depuis plusieurs années déjà, cette malade vit dans la plus profonde misère, et elle ne donne que des renseignements fort imparfaits sur la manière dont la maladie actuelle a débuté. Ce qu'elle sait, c'est que depuis son enfance elle a la peau écailleuse, et effectivement elle est atteinte d'ichthyose. Elle vient surtout à l'hôpital pour des tumeurs fongueuses et ulcérées qu'elle porte au coude droit.

C'est en janvier 1875 qu'elle s'est présentée pour la première fois en chirurgie : le gonflement inflammatoire et l'aspect général du bras et de l'avant-bras étaient tels qu'après l'avoir soumise pendant quelque temps à un traitement ioduré, on lui proposa l'amputation. Elle refusa et entra dans le service du Dr Hillairet, qui jugea, lui aussi, qu'une intervention chirurgicale

Suite de la note des Traducteurs.

était nécessaire. Ne pouvant s'y résoudre, la malade demanda son exeat, et après avoir tenté de se faire admettre dans plusieurs autres hôpitaux, elle rentra le 19 février dans le service du Dr Péan.

A cette époque, les lésions du coude étaient un peu améliorées; mais, par contre, la main gauche était complètement sphacélée. Cette gangrène aurait débuté, d'après la malade, il y a huit ou dix jours à peine, à la suite d'un refroidissement. Au moment de l'entrée, il ne reste plus sur le squelette de la main, sur les tendons et sur les ligaments, que quelques lambeaux noirâtres et desséchés des parties molles. On résèque tous les tissus sphacélés; on panse tout le bras droit avec de l'eau alcoolisée et on administre des toniques.

Les jours suivants, on voit se former une ulcération profonde de la cornée, qui finit par aboutir à la perforation de la chambre antérieure, perforation par laquelle se fait une hernie de l'iris. Cependant l'état général se maintient assez satisfaisant jusqu'au milieu de mars; à cette époque, la malade perd l'appétit, s'affaiblit rapidement, se plaint d'un violent point de côté à gauche; il ne tarde pas à se développer un épanchement pleurétique assez considérable pour déterminer une déviation du cœur, et pour qu'on la fasse passer d'urgence en médecine, salle Saint-Thomas, le 4 avril. Le pouls est assez faible, mais l'oppression n'étant pas considérable, on ne pratique pas la thoracentèse.

La malade meurt subitement à une heure du matin, dans la nuit du 5 au 6 avril.

A l'autopsie, que l'on pratique trente-quatre heures environ après la mort, on trouve 2 litres 1/2 de liquide séreux et citrin dans la plèvre gauche et rien de bien notable dans les autres viscères.

La tumeur fongueuse du coude droit est bien moins saillante que pendant la vie. Elle occupe la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les muscles voisins de l'articulation et l'articulation elle-même sont parfaitement indemnes. Cette tumeur est ulcérée au sommet, et cette ulcération est irrégulière, anfractueuse, à bords décollés, à fond sanieux. A la coupe, elle présente un aspect lardacé, blanchâtre avec quelques points rosés; elle est un peu ramollie par places. Il existe sur le bras une deuxième tumeur pâle et fongueuse, analogue d'aspect à la précédente.

L'examen histologique de ces néoplasies vint confirmer le diagnostic de mycosis fongoïde que le Dr Vidal avait porté à première vue ».

Obs. IV. — « W... (Annette), âgée de soixante et onze ans, journalière, entre le 16 août 1879 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 68. Rien de notable dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de soixante-sept ans, époque à laquelle elle a vu se former sur la face interne de la cuisse gauche une macule non surélevée sur les téguments voisins, d'une teinte rosée uniforme, de la grandeur d'une pièce de 2 francs environ, et donnant au toucher la sensation de petits grains de semoule. Elle n'aurait jamais été le siège d'aucune desquamation, d'aucune sensation douloureuse, ni spontanée ni provoquée.

Peu à peu, la peau s'est indurée au niveau de cette plaque rouge; elle a graduellement augmenté d'épaisseur, et une tumeur rouge fongueuse a fini par s'y développer; cette tumeur s'est ulcérée à plusieurs reprises, puis elle a guéri spontanément. Pendant cette évolution, d'autres tumeurs ont apparu dans le voisinage, de plus en plus loin sur les jambes et sur le ventre. On voyait tout d'abord aux points où elles allaient se montrer une vascularisa-

Suite de la note des Traducteurs.

tion exagérée du derme arrivant même à la congestion hémorrhagipare, puis la tumeur se développait. Ces tumeurs avaient l'aspect ordinaire des néoformations du mycosis, mais leur surface était criblée de petits points blanchâtres dus à l'accumulation de sébum dans les conduits oblitérés des glandes sébacées.

La malade n'a cessé de travailler que pour entrer à l'hôpital; l'état général est donc satisfaisant. Elle ne tousse pas; les poumons et le cœur paraissent sains.

Ni le foie ni la rate ne sont augmentés de volume.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire même dans les régions inguinales. Il n'y a pas de leucocythémie, mais il semble que les globules blancs soient plus nombreux dans le sang extrait des tumeurs.

L'examen histologique d'une de ces productions morbides en démontre la nature lymphadénique. On trouve, en effet, des travées conjonctives et des fibrilles formant un réticulum parfait dans les mailles duquel sont contenus des éléments embryonnaires, en tout semblables aux leucocytes.

Jusqu'au 20 octobre, la maladie va en s'aggravant; les tumeurs deviennent de plus en plus nombreuses, volumineuses et ulcérées. On fait alors pendant trois jours, sur l'une des productions morbides de la jambe gauche, des applications d'une pommade à l'acide pyrogallique au cinquième. Il se produit une réaction inflammatoire peu considérable, mais il se forme une eschare qui se limite exclusivement au tissu morbide.

3 novembre. L'eschare se détache et laisse à nu une surface bourgeonnante qui commence à se cicatriser vers les bords.

Les jours suivants, la cicatrisation continue à s'effectuer et il ne persiste plus qu'un léger degré d'induration du derme.

Malheureusement, les tumeurs voisines se développent de plus en plus. En décembre, elles s'ulcèrent par un processus d'escharification assez superficiel de leurs parties les plus saillantes.

Vers le milieu de janvier 1880, l'état général devient très mauvais; la malade est en proie à un abattement marqué et à une somnolence presque continuelle. On trouve, en l'auscultant, un point de pleuro-pneumonie à gauche, en arrière et en bas. On lui pose un vésicatoire et on lui administre des toniques.

Le 22. Les lésions thoraciques n'ont pas empiré, mais l'état général est des plus mauvais. Les tumeurs mycosiques s'ulcèrent avec la plus grande rapidité.

Enfin, la malade succombe le 25 janvier.

A l'autopsie, qui eut lieu le 26 janvier, on trouva une pneumonie du lobe inférieur gauche, arrivée à la période d'hépatisation grise, des adhérences péritonéales dues à une péritonite ancienne. Il n'y avait rien de perceptible à l'œil nu dans les autres viscères. Les ganglions lymphatiques des diverses parties du corps paraissaient normaux. »

III

Le « *troisième type* » se limite aux cas dans lesquels les tumeurs fongueuses surviennent sur une peau saine auparavant.

Brocq et Vidal ont justement fait remarquer que Bazin n'avait pas assez nettement détaché ces cas du type à lésions cutanées préalables quand il dit seulement : « *Il peut arriver* que le mycosis s'établisse d'emblée à sa troisième période... mais, le *plus souvent*, les éruptions

Suite de la note des Traducteurs.

accessoires *ne laissent pas* que d'apparaître, et l'on constate une sorte d'*interversion* dans *l'ordre habituel des phénomènes.* » Cependant, il est nécessaire de le dire, les divisions *catégoriques* nécessaires dans l'exposé didactique d'une question ne sauraient être considérées comme s'adaptant *rigoureusement* à tous les faits; il faut compter avec les cas *mixtes* où les caractères des deux premiers types existent en même temps, et avec les *associations symptomatiques* ou les *dissociations de phénomènes*, lesquelles peuvent faire varier les faits dans des conditions multipliées, qui défient toute catégorisation absolue. En voici un exemple :

Depuis plusieurs années, dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, on a pu voir un malade extraordinaire, chez qui des néoplasies cutanées et sous-cutanées, chéloïdiformes, en tumeurs, disposées en arc de cercle, naissent sans aucune efflorescence dermique préalable, s'élèvent, s'ulcèrent, prennent le type fongoïde caractéristique, puis disparaissent, ne laissant à leur place qu'une cicatrice — Voy. l'observation de ce cas remarquable, donnée par Bruchet, *Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis*, *pendant l'année scolaire*, 1888-1889, *Comptes rendus*, VII, p. 160 et suiv., et pièces du Musée, n°s 1180, 1245, 1295.

Voilà, sans contredit, un fait à ranger dans la deuxième variété de Brocq et Vidal, ou dans le troisième type de Kaposi. Mais voici que, pendant le même temps, nous avons l'occasion de voir, dans la pratique de la ville, un malade chez lequel des tumeurs absolument pareilles, disposées aussi en arc de cercle, en éventail, naissent, soit de la peau « saine », soit au niveau d'efflorescences du type des plaques eczématiformes de Bazin, lesquelles se retrouvent sur divers points du corps à l'état simple.

Force est donc de déclarer que chacune des divisions classiques comporte des *cas mixtes*, des faits de transition qui, s'ils sont embarrassants pour le nosographe, sont providentiels en réalité, car ils servent à établir péremptoirement l'identité de cas en apparence disjoints, et à constituer l'unité du *genre*, malgré la diversité illimitée des espèces, formes, variétés et sous-variétés.

En fait, les cas conformes au type de Alibert et de Bazin sont les plus ordinaires ; ceux du second type, et surtout ceux du troisième, plus rares; le professeur Kaposi — Mém. de 1887 — déclare n'en avoir pas d'observation personnelle; enfin, il y a des formes *mixtes*.

IV

Il ne sera pas inutile, en présence de cette « rareté » du *mycosis d'emblée*, de rappeler l'attention sur une observation que nous avons publiée, en 1881, sous un *titre* et avec des considérations que nous avions formulés dans l'espoir de provoquer la discussion et la critique, mais qui, évidemment par notre faute, n'ont abouti qu'à lui assurer, jusqu'à présent, un oubli immérité — Voy. E. Besnier, Études nouvelles de Dermatologie, les tumeurs de la peau (4e article)

Si l'on compare le tableau morbide que nous avons esquissé du frambœsia (Sauvages) ou Yaws (tome II, p. 533), et si l'on réfléchit

---

Fin de la note des Traducteurs sur les formes et variétés du mycosis fongoïde.

Sur un cas de tumeur de la peau a évolution clinique analogue a celle du cancer (Cancer clinique), et a détermination histologique ambiguë, participant des caractères du lymphadénome et du granulome, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. II, 1881, p. 637.

Voici les *considérations* que nous avions inscrites en tête de notre travail (p. 638).

« L'histologie ne peut pas toujours donner à la clinique une réponse dépourvue d'ambiguïté, et il subsiste un certain nombre de dermopathie dont les caractères cliniques n'ont pas été relevés avec assez de précision, ni reliés à des altérations anatomiques histologiquement assez classées pour que le diagnostic puisse toujours sortir de la voie conjecturale, même pour les médecins les plus particulièrement compétents.

Nous pensons que ces faits ne doivent pas être laissés dans l'ombre, qu'il faut au contraire les mettre en évidence et les soumettre à l'examen et *à la critique* de tous. A la vérité, dans quelques-uns de ces cas, un certain diagnostic clinique peut être porté à l'aide d'une analyse éliminatoire, avec une précision suffisante pour les besoins immédiats de la pratique, mais c'est là une conclusion médiocre, précaire, et dont il importe de ne pas se déclarer satisfait.

Pour faciliter la *discussion* du fait que nous publions, nous avons soin de donner non seulement tous les détails cliniques et histologiques nécessaires, mais encore de produire la représentation macroscopique (chromographique très parfaite) de la lésion, ainsi que les coupes histologiques — Voy. Musée de Saint-Louis, pièce 513, par Baretta; chromographies par Leuba.

Quant au fait lui-même, et à son étude, comme il est nécessaire au lecteur qui voudrait s'enquérir de ce sujet, de voir les planches du mémoire, nous le prions d'y consulter aussi le texte, dans le lieu cité ci-dessus, *Annales de Dermatologie* de 1881.

Bien que, dans ce cas, notre *premier* diagnostic ait été *lymphadénie* cutanée, le caractère lymphadénique *vrai* nous a pas paru si problématique à la suite des examens histologiques, que nous avions, systématiquement, *séparé* ce fait du mycosis d'Alibert, à une époque — 1878 — où les mots de lymphadénie et de mycosis étaient, en France, absolument synonymes, ce qui, aujourd'hui, même en France, a cessé d'être.

C'est pourquoi nous avions adopté, comme titre à cette observation, *cancer clinique*, c'est-à-dire au sens préhistologique, l'histologie s'étant montrée impuissante à lui donner sa caractéristique anatomique; mais aujourd'hui, que le sarcome et les sarcomatoses *frustes* et *mixtes* ont acquis *droit de domicile* dans le « mycosis fongoïde », il n'y a plus de raison de détourner ce fait qui est, en réalité, le type le plus achevé de la forme en tumeurs d'emblée du mycosis *actuel*.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

que de nouveaux témoins oculaires, Charlouis (1) et Pontoppidan, admettent l'indépendance d'une maladie qu'on pourrait appeler endémique, il est clair que maintes confusions sont encore possibles et qu'il reste bien des points obscurs à expliquer.

Il ne faut pas, non plus, oublier que dans le pemphigus végétant, il se manifeste des faits analogues (tome I, p. 810).

Mais il m'est impossible de comprendre comment Neisser, Schwimmer, etc., ont pu faire rentrer ma dermatite papillaire du cuir chevelu dans ces cas, puisqu'il s'agit, en effet, dans celle-ci, d'un processus qui arrive constamment à la sclérose du tissu conjonctif (mycosis frambœsioïde, Alibert) et il est également incompréhensible comment certains auteurs ont pu englober dans le même groupe les tumeurs leucémiques de la peau décrites par Biesiadecki.

On devrait donc, en attendant, selon moi, ne donner comme forme morbide bien caractérisée et typique que le mycosis fongoïde décrit ci-dessus, qui débute par de l'eczéma.

Mais, en ce qui me concerne, je persiste à croire que le mycosis fongoïde est l'affection qui se rapproche le plus de la sarcomatose cutanée et qu'elle doit lui être assimilée, et qu'il s'agit, chez des sujets cachectiques ou anémiques, d'une sarcomatose cutanée, dont le point de départ est dans de simples modifications inflammatoires (eczémateuses) du tissu (2).

---

(1) M. Charlouis, Ueber Polypapilloma tropicum (Frambœsia), *Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis*, 1881, tome XIII, p. 431.
E. B. — A. D.

(2) A parler clair, la nature *vraie* du mycosis fongoïde est encore à déterminer et l'on n'est pas, en somme, beaucoup plus avancé à présent qu'on ne l'était en 1881 au moment où nous avons publié le travail que nous avons cité dans la note précédente, et dans lequel nous avions dénommé au point de vue de la nature, la lésion « cancer clinique », parce que, *à la manière d'un cancer,* elle avait végété, s'était ulcérée, et avait ensuite infecté l'économie.

I

La théorie de la lymphadénie pure ne peut pas se soutenir ; la théorie parasitaire est en décadence presque aussitôt après son avènement ; la nature *sarcomateuse mixte,* ou modifiée, compte de nombreux défenseurs, même en France, où Vidal, Brocq, Siredey, etc., considèrent le mycosis comme une entité morbide distincte, se rapprochant, au point de vue histologique, des granulomes et des sarcomes lymphadéniques myxoïdes — Brocq, Traitement des maladies de la peau, 1890, p. 541. — Cf. : dans la monographie, de notre élève distingué, Leon Perrin (De la sarcomatose cutanée, *Thèse de Paris*, 1886) le cha-

Suite de la note des Traducteurs.

pitre II, intitulé: Rapports du mycosis fongoïde et de la sarcomatose généralisée primitive, p. 90-105 ; PELISSIER — Du mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée, *Thèse de Montpellier*, 1889; DUBREUILH, Un cas de mycosis fongoïde, *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, T. I, janv. 1889, p. 52 ; etc.

C'est-à-dire, qu'en somme, le mycosis, dans sa période de tumeurs, rentrerait dans la grande classe des tumeurs malignes végétantes, ulcérantes, destructives et infectantes; qu'il représenterait simplement une forme toute spéciale de sarcomatose de la peau, ou, pour parler plus exactement, une *espèce* du *genre* sarcome.

II

Il n'est plus besoin, pensons-nous, de combattre l'opinion qui assigne au mycosis une nature « inflammatoire », soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique ; mais il faut reconnaître que le stade inflammatoire, l'efflorescence prémycosique, n'ont pas encore de caractéristique anatomique, permettant de donner, à leur égard, des conclusions fermes. Aussi peut-on, sans trouver d'issue, discuter sur la question de savoir si les plaques congestives, ortiformes, eczématoïdes, lichénoïdes, etc., sont des phases d'évolution du mycosis déjà constitué, ou, si elles ne sont que le terrain sur lequel il se développe.

Bazin croyait bien avoir démontré la négative en constatant que ces phases n'existaient pas *constamment;* mais cet argument n'a pas une valeur absolue, tant s'en faut; la différence entre les deux ordres de faits réside exclusivement dans le siège initial du processus, selon qu'il évolue primitivement dans la couche susdermique, ou, au contraire, qu'il évolue d'abord plus profondément. L'histoire de l'épithéliomatose fournit des exemples nombreux de ces différences dans la forme et dans la chronologie de la modalité éruptive, lesquelles peuvent être portées aux plus extrêmes limites, sans que cela empêche de reconnaître l'identité des faits observés aux deux extrémités du genre.

Peut-on, avec HARDY, supposer que le « mycosis » ne représente « qu'une affection *terminale* d'autres maladies cutanées moins graves, et plus superficielles ? » ou comparer le mycosis fongoïde à l'épithéliome secondaire au « psoriasis buccal », avec OSCAR SIMON, dont voici les paroles : « The tumours are the result of malignant proliferation of connective tissue in chronic eczema or psoriasis, in the same manner as epithelium can tend to malignant epithelial growth (epithelioma) in leucoplakia » — *loc. sup. cit.*, p. 177 ? — Nous ne le pensons en aucune manière. Le psoriasis et l'eczéma *vrais* ne sont pas les efflorescences prémycosiques, et ces deux maladies n'ont, ni l'une ni l'autre, la sarcomatose fongoïde dans leur séquelle. Toutefois, cette discussion manque de base suffisante; notre négation, pour être établie sans contestation, réclamerait des preuves anatomiques que nous ne sommes pas en mesure de fournir — Cf. : FUNK, of Warsaw, Clinical studies

Fin de la note des Traducteurs.

ou Sarcomata of the Skin, Clinical charact. of the primitive torms, primary efflorescences of Sarcomata of the Skin, *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1889, p. 143 ; F. Darier, Hallopeau, Vidal, E. Besnier, Ed. Schiff, etc., *Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, séance du 13 nov. 1890.

Nous ne croyons pas nécessaire de combattre, avec autant d'énergie que l'a fait le professeur Kaposi dans le mémoire de 1887, *loc. sup. cit.*, et dans le supplément de ce travail — Ueber Myc. fong. *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, n° 19 — la théorie du *néoplasme « inflammatoire »*; le processus entier, l'évolution nécrobiotique, la malignité, etc., plaident suffisamment contre cette opinion.

La régression spontanée de quelques lésions ou de quelques tumeurs, si caractéristique dans le mycosis fongoïde, n'exclut pas, à elle seule, la nature maligne (sarcomateuse) de la lésion. Le professeur Kaposi a déjà réfuté cette objection il y a longtemps : La variété de sarcome pigmentaire multiple idiopathique qu'il a fait connaître en 1870 est généralement admise depuis lors, et cependant, dans cette affection, la régression spontanée de quelques nodosités et de quelques infiltrats est la règle, et un des caractères essentiels des processus. Enfin, bien que plusieurs de ces cas se soient manifestés comme sarcomes à cellules fusiformes, on en a trouvé aussi sous forme de sarcome à cellules rondes — Voy. W. A. Hardaway, Case of pigmented neoplasm of the Skin, *Journ. of cut. and. ven. Dis.*, 1883, p. 97, 1884, n° 289, et *Journ. of cut. and gen. ur. Dis.*, 1890, n° 21.

Nous n'avons pas besoin d'aller plus loin, voilà le lecteur renseigné sur l'état général de la question ; la suite est *à l'étude*, et encore bien obscure, comme on le verra dans les pages suivantes, où le mycosis fongoïde va reparaître sous une forme encore plus litigieuse. Personne en ce moment ne peut dire le dernier mot.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

LYMPHODERMIE PERNICIEUSE

Comme affection leucémique vraie de la peau, il n'y a, selon moi, que la forme que j'ai désignée sous ce nom (1885). J'appelle ainsi une maladie de la peau non décrite encore jusqu'à présent et qui vraisemblablement n'a jamais été observée. Dans cette dermatose, il se produit, avec les phénomènes d'un eczéma humide et très prurigineux en desquamation, soit diffus, soit en foyers, et irrégulièrement localisé, une tuméfaction et un épaisissement pâteux graduellement diffus des parties atteintes de la peau, bientôt aussi des nodosités cutanées et sous-cutanées pâteuses et dures, partiellement en voie d'ulcération. Puis surviennent l'engorgement des ganglions et de la rate, des troubles graves de l'organisme tout entier et de la leucémie (accroissement absolu des corpuscules blancs du sang) et enfin la mort. La face, les oreilles, le front, les lèvres étaient dans ce cas élargis d'une manière informe et tubéreuse, représentant l'aspect du satyriasis et épaissis par des nodosités; la peau du thorax et des bras présentait les mêmes lésions. A l'autopsie, on trouva la rate quatre fois plus volumineuse qu'à l'état normal; le tissu spongieux du sternum, des os de la colonne vertébrale et des os tarsiens, des os longs et creux, est grisâtre par suite de la présence de leucocytes et il existait des nodosités leucémiques dans les plèvres et les poumons. Les mêmes altérations se rencontraient aussi dans les nodosités du derme, dont le siège principal et le point de départ étaient la couche adipeuse. Elles représentaient de véritables tumeurs leucémiques. Il en était de même des ganglions (1).

De toutes les observations connues jusqu'à présent, la seule qu'on puisse rapprocher de celle qui précède est le cas cité par Biesadecki (1876), qui, chez un malade atteint de leucémie vraie, trouva, sur la face et sur le dos, de nombreuses papules de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille, à la fois aplaties et saillantes, rouge pâle, lisses, mobiles avec la peau, que l'on reconnut être de véritables tumeurs leucémiques, consistant en cellules lymphoïdes.

Toutes les papules et nodosités constituées par des vaisseaux lymphatiques dilatés et nouvellement formés, comme dans mon lymphangiome

---

(1) Ueber eine neue Form von Hautkrankheit « Lymphodermia perniciosa » zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Leukämie, von Prof. M. Kaposi, *in* Wien; *Separat Abdruck aus Medicinische Jarhrbücher d. K. K. Gesellsch. d. Aertze; in* Wien, 1885; in. 3 Taf. Traduction intégrale par Doyon, *in Annales de Dermat. et de Syph.*, 2e Série, T. VI, 1885, p. 400. E. B. — A. D.

tubéreux multiple (Tome II, page 366), n'ont rien de commun avec l'affection que je viens de décrire.

Toutefois l'avenir nous apprendra si l'on ne doit pas établir un rapport étiologique et nosologique entre les formes de mycosis, ma lymphodermie pernicieuse et certaines variétés de sarcomatose cutanée (1).

---

(1) Ces questions sont encore aujourd'hui *en suspens*. Ce qui est assuré, c'est le *type clinique* magistralement tracé par l'auteur.

Le 28 mars 1889, à la réunion clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis — Voy. E. Besnier, Lymphomatose cutanée généralisée avec nodules, plaques et tumeurs (lymphodermie pernicieuse de Kaposi), *Comptes rendus*, p. 138 — nous avons présenté un vieillard de soixante-seize ans, offrant une des variétés de l'espèce, *caractérisée par une dermatite absolument universelle, à plis épais, et à peau trop large pour les parties sous-jacentes, avec alopécie, prurit inextinguible, exfoliations épithéliale et eczématique modérées et partielles, hyperadénie, anémie avec leucocytose peu accentuée, pseudofuroncles ou anthrax précoces et successifs, nappes infiltrées rouge bleu, tumeurs en macaron.* Le malade a succombé à une diarrhée incoercible, le 7 juin 1889, neuf mois après le début de la maladie.

Dans la même séance, Vidal a rapporté — p. 145, *loc. sup. cit.* — le cas d'un homme de soixante-six ans, qu'il regardait comme atteint de « mycosis fongoïde » au début, à la période eczématiforme, et qui a succombé à une complication de congestion pulmonaire, rapidement mortelle, en déclarant que ce serait un cas de lymphodermie pernicieuse, « si on doit admettre comme type morbide cette nouvelle affection ». Notre savant collègue ne voit pas dans la lymphodermie pernicieuse de Kaposi une maladie différente du mycosis fongoïde, et il se demande « s'il existe une *lymphodermie pernicieuse*, ou bien si ce n'est là qu'une lymphadénie cutanée (mycosis) destinée, à moins d'une terminaison prématurée, à présenter plus tard des tumeurs » ?

Si l'on rapproche ces faits de l'observation si remarquable de Hallopeau présentée par lui au *Congrès de Paris* en 1889 — p. 525 — et intitulée : Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde atypique — on verra que les probabilités s'accumulent en faveur de l'existence réelle d'une *espèce* de mycosis, dont la première période pourrait être une dermatite généralisée.

Il faut avoir la sagesse d'en rester là provisoirement, et d'attendre un peu plus de lumière avant de conclure ; recueillir des observations précises, et surtout ne pas se hâter d'interpréter à fond le résultat encore très incomplet des études histologiques qui, sur ce point, en sont à l'ébauche.

Il est, d'autre part, indispensable, reprenant à son origine la question de la *pseudoleucémie*, de l'*anémie lympathique* — Conheim, Ein Fall von Pseudoleukämie, *Archiv. f. path. Anat. et Phys.*, 1865, T. XXXIII, p. 451 — de poursuivre la question des *lymphomes leucémiques* ou *pseudoleucémiques de la peau*, *pseudoleucémie de la peau*, depuis les travaux de Biesiadecki, *Wiener medic. Jahrb.*, 1876, p. 233 ; de Kaposi, *loc. sup. cit.*, 1885-1888 ; de Wagner, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1886,

SARCOME DE LA PEAU

Le sarcome cutané survient rarement et constitue ordinairement la métastase d'un sarcome des ganglions lymphatiques ou d'organes profonds. Il revêt parfois la forme du sarcome pigmentaire, se développe sur un nævus et, comme les sarcomes en général, a une grande tendance à s'étendre et à se généraliser.

Cependant on observe aussi des sarcomes sous forme de nodosités isolées. Ainsi j'ai vu dans ces dernières années, chez un homme jeune, un sarcome à cellules fusiformes en forme bouton à la face antérieure de la cuisse; une tumeur ombiliquée, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, chez un homme, entre les épaules. On extirpa les deux tumeurs et il ne survint pas de récidive.

Comme sarcomatose généralisée, on voit se former tantôt un sarcome pigmenté provenant d'un nævus pigmentaire en dégénérescence sarcomateuse, à évolution constamment fatale et tantôt une deuxième forme consistant en nodosités rouge pâle, du volume d'un pois et même plus grosses, que Köbner a décrite et dont j'ai vu également deux cas et qui peut céder au traitement par l'arsenic (injections sous-cutanées, Köbner).

J'ai décrit, en 1872, une forme typique spéciale à la peau, le sarcome pigmentaire multiple idiopathique ; j'en ai vu jusqu'à présent douze cas, tous chez des hommes, et, depuis, Tanturri, Wiggelsworth et Al. Donner en ont aussi observé plusieurs exemples. Il apparaît en même temps aux deux pieds et aux deux mains, à la plante et à la paume, sur le dos; puis il s'étend sur les jambes, les cuisses et les bras, et au bout de deux à trois ans atteint la face et le tronc. Il débute sous forme de nodosités de la grosseur d'un grain de plomb, d'un pois, d'une fève, brun rougeâtre ou rouge bleuâtre, arrondies, dures, discrètes, et disposées irrégulièrement ou confluentes, et d'infiltrats diffus sur une surface de l'étendue d'une pièce de 50 centimes à celle de la paume de la main. Les pieds et les mains sont épaissis, déformés, douloureux spontanément et à la pression; les doigts épaissis sont fusiformes, écartés les uns des autres ; la rigidité de la peau rend la marche et le travail manuel presque impossibles. Après une durée de quelques mois, les

---

p. 199, T. XXXVIII; de Hochsinger et de Schiff, Ueber Leukaemia Cutis, *Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, 1887, p. 779; de v. Recklinghausen, *Deutsche med. Woch.*, 1888, p. 994 ; et enfin de Joseph, Ueber Pseudoleukœmia Cutis, *Deutsch. medic. Wochensch.*, 1889, n° 46, p. 946.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

nodosités les plus anciennes s'affaissent et l'épiderme se ride, ou bien elles disparaissent complètement en laissant à leur suite des dépressions cicatricielles fortement pigmentées. Les plaques constituées par des groupes de nodosités s'atrophient également au centre, et forment ainsi plus tard une dépression cicatricielle, pigmentée, centrale, entourée d'un bourrelet déchiqueté, induré, rouge brun, recouvert de squames dures et sèches. D'autres nodosités se ramollissent, mais elles ne s'ulcèrent jamais. Après un intervalle de deux à cinq ans, des nodosités de la grosseur d'une fève, d'une noix, se montrent également aux paupières, au nez, aux joues, aux lèvres et sur divers points du tronc. Celles-ci sont en partie d'un rouge bleu sombre, se gonflent comme une éponge, se détruisent à leur surface et mettent à nu un tissu gorgé de sang. A ce moment, surviennent de la fièvre, une diarrhée sanguinolente, des hémoptysies, le marasme et la mort. A l'autopsie, on trouve en grande quantité les mêmes tumeurs hémorrhagiques couleur de chair, dans le poumon, le foie, la rate, le tissu cardiaque, l'intestin, le colon descendant, où elles sont serrées les unes contre les autres, et en désagrégation nécrobiotique.

Le diagnostic de cette forme est difficile, car tant que l'affection est limitée aux mains et aux pieds, on peut facilement la confondre avec une syphilide papuleuse (psoriasis plantaire et palmaire), plus tard avec des gommes, avec le lupus et la lèpre.

Le pronostic est grave ; car, même dans les cas où l'on a observé les premières nodosités, ni l'extirpation, ni aucune autre médication locale ou générale, n'ont pu empêcher le développement ultérieur et une terminaison fatale. Toutefois, la marche est ici beaucoup plus lente que dans les autres formes de sarcome ; elle peut durer trois à cinq années (1).

---

(1) La question de la sarcomatose cutanée se relie étroitement à la connaissance de la sarcomatose, des sarcomes, en général, question difficile, et incomplètement élucidée au point de vue de l'histologie, et de la nature véritable.

La sarcomatose cutanée *primitive* est très rare. Le lecteur en trouvera la meilleure description dans la *Thèse* de notre élève très distingué Léon Perrin, citée ci-dessus : De la sarcomatose cutanée, Paris, 1886 ; il lui sera très utile de *voir* les planches de la belle monographie du professeur Tommaso de Amicis, *Studio clinico ed anatomopatologico su dodici osservazioni di Dermo-polimelano sarcoma idiopatico*, c. dod. tavol., Napoli, 1882 ; la chromographie très importante donnée par le professeur Ern. Schwimmer, dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, II, 1889, n° 4 ; et les pièces du Musée de Saint-Louis, n[os] 262, 273, 276, 440, 470, 589, 1048, 1078, 1107, 1114, 1162, 1378.

Cf. : H. Köbner, Ein fall v. idiop. mult. Pigment-sarkom der Extre-

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON

Carcinome. — Notions générales sur le cancer; ses diverses formes. — Épithéliome, cancer du tissu conjonctif, cancer mélanique.

CARCINOME

Les mots carcinome, cancer, ne désignent plus de nos jours une notion pathologique aussi limitée que le mot lupus; il peut donc être utile avant tout de prendre une orientation. Autrefois, on désignait sous le nom de cancer, une tumeur se présentant d'abord comme une nodosité dure (κακόηθες des Grecs, squirrhe des chirurg.), qui se transformait plus tard en une véritable nodosité cancéreuse (καρκίνωμα, cancer latent), formant ensuite une tumeur fongueuse (ὕμιον), qui arrivait à l'ulcération (*cancer ouvert*) et déterminait par elle-même ou en se généralisant un état de marasme (cachexie cancéreuse) aboutissant à la mort. Avec le progrès incessant des études anatomo-pathologiques, on chercha à donner à la description clinique du cancer une base anatomique positive. Quelques obser-

---

mitäten — *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1886, n° 7; DEFONTAINE, Sarcome cutané, ulcère du dos, etc. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, décembre 1886; J. L. REVERDIN et A. MAYOR, Mélanosarcome de la région dorsale, — *Rev. médicale de la Suisse romande*, 1886; HERMANN PHILIPP, Multiple Sarcomatose Geschwülste in der Haut (Sarcoma molluscum) — *Thèse de Berlin*, 1886; GROSSER, Casuistischer Beitrag zur Ætiologie der Sarkome — *Thèse de Berlin*, 1886; PANNÉ et MARFAN, Tumeurs mélaniques de la peau; tumeurs et infiltrations mélaniques des divers organes profonds, y compris les capsules surrénales; mélandermie — *Bulletin de la Soc. anat.*, décembre 1886; BOULAY, Mélanosarcome cutané; généralisation rapide — *Bullet. de la Soc. anat.*, 1887; P. MOURET, Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse, *Thèse de Paris*, 1888; LOUIS HEITZMANN, Microscopical Studies on melanotic Tumours of the Skin (illustrated) — *Journ. of cut. and gen. ur. Dis.*, 1888, p. 201; HALLOPEAU, Sarcomatose cutanée consécutive à une sarcomatose ganglionnaire — *Réun. clin. de l'hôpital Saint-Louis*, etc., 1888-89, p. 226; PÉTRINI (de Galatz) et V. BABÈS, Note s. une obs. de Sarcome alv. mélan. prim. de la peau; P. RAYMOND; ERN. SCHWIMMER, Sarcomatose généralisée pigmentaire; KAPOSI; E. VIDAL; PRINGLE; KALINDÉRO, Sarcome cutané pigmentaire multiple, idiopathique (type Kaposi) — *Comptes rendus du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie* de Paris en 1889, pp. 396, 514, 752.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

vateurs, comme Lebert, Hannover, crurent avoir trouvé dans la cellule cancéreuse la caractéristique de ces tumeurs. Mais on vit bientôt que les « cellules cancéreuses » ne pouvaient pas être différenciées de certaines productions physiologiques équivoques, comme les épithéliums en prolifération. Rokitansky fit un pas en arrière, quand, après avoir établi le schème anatomique du cancer, il pensa que la malignité, c'est-à-dire le caractère clinique, était tout aussi important et tout aussi nécessaire pour caractériser une tumeur cancéreuse. Dans cette tumeur, il montra que ce qui constituait le cancer était une infiltration formée de noyaux et de cellules proliférant et se détruisant rapidement, la masse cancéreuse, contenue dans un stroma de tissu conjonctif, qu'on désigne sous le nom de trame cancéreuse. Suivant la constitution spéciale ou la prédominance de l'une ou de l'autre de ces deux parties constituantes, il distingua les cancers en cancer fibreux, colloïde, villeux, mélanique, épithélial, etc.

Rokitansky et Schuh avaient, de bonne heure, rangé l'épithéliome parmi les cancers, sans doute en raison du caractère malin que revêt parfois cliniquement cette variété de tumeur.

D'autres, au contraire, ayant observé que, le plus souvent, l'épithéliome prend les caractères d'une affection locale, du moins pendant un certain temps, n'ont pas voulu réunir cette production aux cancers, et l'ont appelé, pour l'en distinguer, pseudo-cancer ou cancroïde (Lebert) ou épithéliome (Hannover).

Dans ces derniers temps, on négligea de nouveau presque complètement le caractère clinique, pour demander à la structure seule la signification d'une tumeur. Sous l'influence des travaux de Virchow, on distingua, parmi les tumeurs malignes, que l'on considérait toutes comme des carcinomes, la grande classe des sarcomes; on ne comprit plus alors sous le nom de carcinome que celles qui présentaient une structure alvéolaire et un contenu cellulaire épithélial. Le cancer épithélial, que l'on était autrefois tenté de rayer de la liste des cancers, devint, ainsi, le cancer par excellence.

Bientôt l'attention se concentra sur l'histogenèse de ces énormes productions épithéliales. Virchow et Förster ne voulaient considérer comme cancers que les tumeurs épithéliales dont les éléments pouvaient provenir d'une prolifération des corpuscules du tissu conjonctif, et étaient indépendants de l'épithélium préexistant du réseau muqueux et des glandes.

Thiersch, au contraire, fit dériver le cancer d'un épithélium préformé. Il étendit à la production des tissus pathologiques la théorie du développement de Remak et de His, d'après laquelle les tissus physiologiques dérivent tous des trois feuillets blastodermiques; d'où cette conséquence

que la production épithéliale pathologique ne peut provenir que de l'épithélium.

Bien que la plupart des pathologistes et des anatomistes se fussent rangés immédiatement à cet avis, du moins dans ses points importants, toutefois, à la suite du travail de Thiersch, on en revint à étudier à nouveau le véritable caractère du cancer. Pour Thiersch, ce qui prime la morphologie et l'histogenèse du carcinome, c'est la prolifération épithéliale, c'est-à-dire l'infiltrat cellulaire. Le second facteur, suivant Rokitansky tout aussi important, le réseau qui englobe cet infiltrat, était tout à fait négligé. Anatomiquement parlant, pour Thiersch, le cancer ne différait pas de beaucoup de productions bénignes dues à une prolifération épithéliale, molluscum verruqueux (épithéliome molluscum, Virchow), et de beaucoup d'adénomes.

Bientôt Billroth professa que l'infiltration dans le tissu connectif, par conséquent l'existence d'un stroma cancéreux, était, conformément à l'avis de Rokitansky, un élément nécessaire pour caractériser le cancer. Billroth revint même en partie aux idées des anciens chirurgiens, qui faisaient dériver le cancer du squirrhe et du cancer latent, et admit un cancer du tissu connectif tout à fait indépendant de l'épithélium. Ce fut également l'avis de O. Weber, Klebs, Rindfleisch; ce dernier auteur reconnaît même toute une série de tumeurs cancéreuses. En ce qui concerne l'histologie du cancer, on en revint donc très vite aux opinions formulées à la première époque de Rokitansky; et alors naquit une série de combinaisons que, dans la terminologie moderne, on désigne sous les noms de sarco-carcinome, fibro-sarco-carcinome, adéno-carcinome, etc. Par conséquent, on n'admet plus le caractère purement épithélioïde de la masse cancéreuse, bien que s'il manquait complètement dans une production pathologique, on ne fût désormais plus autorisé à la considérer comme un cancer.

Sur un second point, on revint aux idées de Rokitansky, en soutenant que la structure histologique seule ne saurait suffire à caractériser le cancer. Thiersch déjà, malgré son exclusivisme histologique, dut avouer que le mot cancer répondait moins à une idée anatomique qu'à une idée clinique. C'était donner, avec Rokitansky, le rôle principal à la malignité de la tumeur.

On peut donc, comme je l'ai déjà fait en 1872, définir le cancer, une néoformation qui présente, au point de vue clinique, un caractère malin; qui consiste en une masse cellulaire épithélioïde, proliférante, alvéolaire, disposée en traînées et en utricules, enchâssée dans un stroma de tissu conjonctif avec infiltration inflammatoire.

Je comprends par là le cancer épithélial, bien qu'à mon avis, il y ait d'autres formes de cancer; pour celles-là, cette définition ne convient

pas, mais jusqu'ici nous n'en pouvons pas donner qui les comprenne toutes (1).

Parmi ces variétés de cancer, il en est qui attaquent le tégument d'une façon primitive, d'autres n'y arrivent que consécutivement. Celles qui sont surtout importantes en dermatologie sont l'épithéliome, le cancer fibroïde et le cancer mélanique.

CANCER ÉPITHÉLIAL

Le *cancer épithélial*, *épithéliome* (2), *cancroïde*, *cancer cutané*, *cancer des ramoneurs*, *cancer cellulaire plat*, *ulcus rodens*, se rencontre fréquemment dans la pratique dermatologique. D'après son siège, on peut

---

(1) La plupart des questions que vient d'évoquer l'auteur sont entrées dans le domaine de l'histoire, et ont perdu l'*actualité;* elles ne peuvent recevoir aucune solution satisfaisante dans l'état actuel de la science. Déjà, dans les *notes* de la première *édition* — T. II, p. 318, note I, — nous avons déclaré le terme de cancer complètement ruiné, et déclassé par les révolutions de l'anatomie et de l'histogenèse. En attendant une période plus avancée dans la connaissance de la nature des productions morbides qui méritent, plus ou moins, la dénomination de cancer selon le titre ancien, il est plus sage de ne se servir de ce terme que pour qualifier, au titre clinique vague, les productions morbides malignes et infectantes qui ne sont pas désignées, spécifiquement, d'une autre manière.

C'est tout à fait arbitrairement que l'on tend aujourd'hui à réserver le nom de cancer aux altérations pathologiques du type épithélial; on trouve, dans les néoplasies du type vasculo-connectif, plusieurs *espèces* qui le comporteraient à aussi bon droit.

Enfin, les découvertes bactériologiques récentes montrent que la question entière a subi un *changement de point*, qui achèvera une révolution déjà en cours sur quelques-unes de ses parties : Cf. A. Ledoux-Lebard, Le Cancer, maladie parasitaire — *Arch. gén. de méd.*, avril, 1885; Malassez, Darier, etc., *loc. infra cit.*; Vincent, Rappin, Arnaudet, etc., in Revue générale de E. Tournier — *Rev. gén. de clin. et de thérap.* de Huchard, 1890, p. 713 ; Carlo Sanquirico, Il Cancero e la Teoria parasitaria — *Rivista clin., Arch. ital. di clin. med.*, 1890, XVIII, p. 425, etc., etc.

Au demeurant, ce n'est pas tout à fait ici le lieu de traiter ces hautes matières à titre général ; nous en retiendrons seulement, chemin faisant, ce qui s'attache directement aux faits dermatologiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Beaucoup d'auteurs français disent encore epitheliom*a*, mais le mot étant *francisé*, c'est-à-dire accepté dans la désinence française, il n'y a pas plus de raison dans la langue française de dire epithelioma, que de dire carcinom*a*. E. B. — A. D.

le distinguer en cancer de la peau et cancer des muqueuses; d'après son aspect extérieur et son mode d'extension, en cancer : 1° superficiel; 2° profond ou tubéreux ; 3° papillomateux (1).

L'épithéliome superficiel du tégument se développe le plus souvent sur une peau primitivement saine, sous forme d'une ou de plusieurs

(1) La bactério-histologie naissante n'est pas encore en mesure de déterminer les *espèces* d'épithéliome de la peau; l'histologie la plus perfectionnée n'est pas parvenue à en localiser le point de départ élémentaire dans les divers appareils différenciés. Tout ce qui avait été avancé, précédemment, sur leur origine indifférente, sébacée, sébacéopilaire, idrosique, est contestable et contesté; et c'est à peine si l'on commence à entrevoir le rôle, probablement considérable, que jouent, dans la formation des productions adénomatoïdes du derme, les tronçons aberrants, les débris épithéliaux latents, provenant de la période embryonnaire — voy. plus haut, *Note des traducteurs sur les cystadénomes épithéliaux*, p. 369 et suiv., et HALLOPEAU, Idradénome compliqué d'épithéliome — *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, nov. 1890.

Le moment n'est donc pas venu de *classer* les épithéliomes cutanés d'après leur nature, leur condition pathogénique (parasitisme probable, psorospermoses(?)), etc., pas plus que selon leur siège anatomique initial, ou leur localisation paraglandulaire supposée.

Cliniquement, les choses ne sont pas plus avancées; la division que propose l'auteur en est la preuve trop démonstrative : La première catégorie, *Ép. superficiel*, renferme un grand nombre de formes et de variétés dont quelques-unes sont essentiellement papillaires, papillomateuses, tandis que l'auteur réserve à sa troisième catégorie, *Ép. papillomateux* (*malin*), une qualification tout à fait banale, la *prolifération papillaire* étant commune à une série indéfinie d'irritations dermiques de forme et de nature entièrement différentes, et dans l'épithélioderme, se rencontrant, ou pouvant se rencontrer avant, pendant, ou après le début de toutes les espèces.

Sous le rapport le plus général, il n'y a que deux espèces *primaires* à distinguer, l'une *superficielle*, c'est-à-dire faisant, dès le début, efflorescence dans les couches superficielles du derme; l'autre *profonde*, tuberculeuse au sens dermatographique, c'est-à-dire évoluant profondément dans le chorion et n'affleurant la surface que secondairement — *Ép. superficiel, Ép. profond.* Chacune d'elles peut, l'une en se développant de haut en bas, l'autre en s'élevant, produire des variétés *mixtes*.

Mais, nous allons le montrer dans les notes suivantes, l'étude des « *Épithéliomes cutanés* », celle des « *Epithéliomes de la face* » en particulier est à reprendre par la base; et aussi bien au point de vue anatomique et bactériologique, qu'au point de vue clinique, il faut des faits nouveaux, des recherches nouvelles, et un esprit affranchi des anciens errements.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

granulations très dures, grosses comme une tête d'épingle, luisantes, rouge pâle ou brillantes comme de la cire, réunies de façon à former une tumeur linéaire ou plus souvent irrégulière, verruqueuse. De bonne heure, elles s'excorient ou se crevassent spontanément ou à la suite de grattage, et se recouvrent d'une croûte formée de sang et de sérosité. Plusieurs années peuvent se passer sans qu'il se produise de changement essentiel dans ces éléments, puis, après cinq à dix ans, le foyer augmente un peu plus rapidement par suite du développement de nouvelles granulations autour des précédentes. Ces granulations sont caractéristiques de l'épithéliome à toutes ses périodes. On peut facilement les énucléer à l'aide d'un instrument mousse; elles apparaissent sous forme de petits grains, semblables à des corpuscules de milium, blancs, nacrés, brillants, lisses, s'écrasant facilement sous le doigt; à l'examen microscopique, on les voit formées de cellules épithélioïdes, disposées sans ordre ou entourant une masse centrale, de grosseur et de forme différentes (noyaux arrondis, fusiformes, avec prolongements, cellules plates contenant un ou plusieurs noyaux et des cellules filles). On les a désignées sous les noms de corpuscules cancroïdaux, globes cancroïdaux, globes nacrés, cellules inflammatoires de Gluge, alvéoles de Rokitansky, foyers de génération cellulaire à feuillets concentriques de Virchow, globes épidermiques de Lebert, etc.

Ces granulations continuant à se développer, il arrive qu'à la fin une surface ulcérée se trouve à nu, c'est l'ulcère cancéreux plat (*ulcus rodens*). Il se présente sous l'aspect d'une perte de substance superficielle, arrondie, triangulaire ou polygonale, à bords taillés à pic, dont le fond brun ou rougeâtre, finement granuleux, crevassé et inégal, sécrète une humeur visqueuse qui, en se desséchant, le recouvre comme d'un vernis. Le fond et les bords sont indurés, peu mobiles; les bords sont lisses ou recouverts de granulations dures, luisantes comme de petites vésicules (granulations cancroïdales).

Souvent, au centre de cet ulcère, il se fait une exfoliation complète de l'épithéliome, par suite de la formation d'une cicatrice à la base, de sorte qu'il en résulte une cicatrice plate, et l'ulcère cancéreux se réduit à un sillon étroit entourant cette cicatrice. Parfois, dans cette variété, le bord ainsi que la cicatrice centrale contiennent un dépôt de pigment gris ardoisé (cancer des ramoneurs, Pott, Cooper), sans cependant que l'affection prenne pour cela le caractère malin du carcinome mélanique. Enfin, l'éruption des granulations sur les bords de l'ulcère peut cesser et le cancer guérir spontanément au bout de quinze à vingt ans. Mais d'ordinaire un nouveau foyer se produit sur les points avoisinants.

Souvent l'épithéliome superficiel débute par une excoriation sur un point de la peau recouvert d'exfoliations sébacées, avec des prolonge-

ments pénétrant dans l'intérieur des follicules, sur une verrue sénile ou sur une verrue papillaire (1).

Pendant les dix à vingt ans que dure l'épithéliome plat, il ne détermine aucune altération de l'état général, aucun gonflement ganglion-

(1) Parmi les formes et les variétés nombreuses que revêt l'*épithéliomatose cutanée superficielle*, non pas précisément à son *début propre* qui est *indéfiniment multiforme*, mais dans sa période d'état, on peut en relever quelques-unes assez nettement *individualisées* pour les distinguer, et même, au gré de quelques auteurs, pour les *différencier* et les considérer comme des affections propres telles, par exemple, et pour n'en prendre qu'un seul, que le « *Jacob's ulcer* » des Irlandais, « *rodent ulcer* » des Anglais — Voy. Arthur Jacob, Observations respecting an ulcer of peculiar character, which attacks the eye-lids and other parts of the face, *The Dublin Hosp. Rep. and Communic. in med. and Surg.*, Dublin, 1827, p. 232 et Pl. XIV, chrom.

Nous établirons seulement deux catégories, ou formes principales: *a.*) Épithéliome perlé; *b.*) Épithéliome multiforme: *maculeux*, *papillaire*, *verruqueux*, *rhagadique*, *papyracé*, *hyperkératosique*, *corné*, *eczématoïde*, *végétant*, *ulcérant*, *cratériforme*, etc., etc., etc.

I. Épithéliome perlé.

Cette forme importante a été très suffisamment caractérisée, dans le texte courant, par son mode évolutif, sa ténacité, sa marche serpigineuse propre à certaines formes, sa cicatrisation au centre, ou au foyer — chose rare dans les « cancers ». Elle peut exister à l'état rudimentaire, isolé, solitaire : Un certain nombre de sujets, qui ont passé cinquante ans, portent sur un point de la lèvre supérieure, aux alentours des narines, sur le nez, sur la moitié interne de la paupière inférieure, etc., une ou plusieurs petites perles du type épithélial le plus pur, qui restent indéfiniment torpides et solitaires si elles ne sont pas irritées, ou si les soins de toilette réguliers sont pris. Même quand les perles se sont agglomérées en colonie, elles peuvent encore rester pendant de nombreuses années à l'état torpide.

Lorsque la colonie forme un agglomérat *bien figuré,* nettement arrondi, elle manifeste souvent une activité plus grande, une irritabilité plus prononcée, une excoriation plus facile; l'ulcération épithéliomateuse se manifeste plus rapidement, et quelquefois activement, si l'on n'intervient pas — *Ep. perlé figuré*, *excentrique*, *ulcérant*, *rongeant*, *rodent ulcer,* etc., etc.

Dans les cas où l'épithéliome perlé évolue d'une manière un peu différente, en éventail par exemple, il s'agit plus ordinairement de variétés qui restent *planes* pendant une durée indéfinie, et dessinent des arcs de cercle perlés, légèrement excoriés, autour d'un foyer initial, cicatrisé depuis un grand nombre d'années — *Ep. perlé plan, plat*, *syphiloïde*, *lupoïde*, etc., etc.

Il n'y a, jusqu'à nouvel ordre, aucune raison légitime de faire, de

naire; il n'a d'autre effet que la destruction de la peau et des cartilages sous-jacents, et la rétraction cicatricielle des parties atteintes.

Souvent, cependant, il se convertit dans sa marche ultérieure en épithéliome tubéreux ou profond; celui-ci est également souvent primitif. Il débute sous forme de nodosités très dures et un peu transparentes, dont la grosseur varie de celle d'un grain de plomb à celle d'un pois, serrées les unes contre les autres, disséminées dans toute l'épais-

---

quelques-unes de ces formes d'épithéliomatose superficielle de la peau, des *espèces* véritables, des affections *sui generis;* et n'y a pas, pour reprendre le même exemple que plus haut, plus de raison de disjoindre encore, dans la description des autres épithéliomes superficiels de la peau, le *rodent ulcer*, qu'il n'y en aurait de continuer les anciens errements qui séparaient, dans les ouvrages classiques, le psoriasis de la « lèpre vulgaire ».

Assurément, les caractères du *rodent ulcer* sont très remarquables :

« The characteristic features of this disease are the extraordinary slowness of its progress, the peculiar condition of the edges and surface of the ulcer, the comparatively inconsiderable suffering produced by it, its incurable nature unless by extirpation, and its not contaminating the neighbouring lymphatic « glands » — ARTH. JACOB, *loc. sup. cit.*, p. 233.

Plusieurs auteurs anglais, des plus récents, insistent encore sur la localisation élective du *rodent ulcer* dans la partie supérieure de la face; la disproportion entre l'ulcération et l'épaisseur du néoplasme ; sa lenteur, son indolence, son peu d'action sur les ganglions; la disposition circulaire et la finesse du bord. Tous ces caractères qui, pour ces auteurs, forment les bases essentielles de la différenciation, caractérisent une *forme* ou une *variété*, mais ne spécifient pas une espèce : à une certaine période de l'évolution, à la période ulcéreuse, plusieurs variétés, prises dans toutes les espèces d'épithéliome superficiel de la peau, peuvent aboutir au type clinique du *rodent ulcer*. On peut s'en assurer en examinant, entre autres, les reproductions suivantes acceptées par les auteurs anglais comme des *types* de « *rodent ulcer* » : le dessin donné par ARTHUR JACOB, *loc. sup. cit.;* la figure 16 de la planche XIV de l'*Atlas* de RAYER; la planche L, fig. 2, 3, 4, de l'*Atlas* de TILBURY FOX, que chacun peut aisément consulter. D'ailleurs l'individualité et la nature « *non cancéreuse* » du *rodent ulcer*, soutenues et propagées surtout par SIR JAMES PAGET et par JONATHAN HUTCHINSON, trouvent, même en Angleterre, de nombreux contradicteurs : Voy., entre autres, W. TILBURY FOX et T. COLCOTT FOX — Rodent ulcer, *The Transact. of the pathol. Soc. of London for* 1879 — pour qui le *rodent ulcer* est seulement « a phase of *epithelioma* » avec des caractères particuliers de localisation anatomique : Cf. DUBREUILH — *Congrès intern. de dermat. de Paris* en 1889, p. 396 et L. WICKHAM, *loc. inf. cit.*

La perle épithéliale, la papule perlée, qui fait la caractéristique essentielle de cette espèce ne lui est pas exclusive; on la retrouve, quand on la cherche attentivement, dans la plupart des autres formes, même les

seur de la peau, atteignant le tissu cellulaire sous-cutané, ou même partant de là, plates, ou un peu proéminentes. Au bout de quelques mois ou de plusieurs années, ces nodosités forment une tumeur dure, de la grosseur d'une noix ou même davantage, globuleuse ou étalée.

---

plus atypiques, soit comme *premier élément*, soit comme *élément* de *propagation*, à la périphérie.

II. Épithéliome multiforme.

La seconde forme d'épithéliome superperficiel de la peau, au lieu de naître par la formation d'une papule perlée, et d'évoluer dans son développement sous cette disposition première, peut s'accuser, *au début*, *par les altérations les plus variées;* elle n'acquiert ensuite sa caractéristique qu'en raison de conditions encore mal précisées, de *siège anatomo-topographique*, peut-être de *siège anatomique*, de *cause pathogénique* (parasitaire), etc.; mais il est encore impossible de les classer scientifiquement. On peut seulement en distinguer quelques variétés principales, utiles à connaître pour la pratique.

Le début *verruqueux* est un des plus ordinaires : sur un point préalablement sain, ou présentant des varicosités superficielles, avec ou sans tache pigmentaire préalable, il se forme un petit « bouton », une élevure, une saillie papillaire, arrondie ou irrégulière.

Le plus souvent, il est très difficile de reconstituer la série antérieure des phénomènes, car, après ce premier acte, l'efflorescence peut s'établir à l'état torpide, et rester ainsi pendant un grand nombre d'années; dans quelques cas, où deux productions du même genre sont nées simultanément au voisinage l'une de l'autre, on en peut voir une prendre un développement rapide, et s'élever en quelques mois à la dimension d'un pois, d'une noisette et plus, l'autre restant immobile. L'ancienneté de ces « verrues » est quelquefois telle que les malades ne peuvent fixer la date de leur début, ou se figurent les avoir toujours eues. Ces cas ne se confondent pas (bien qu'on les confonde souvent) avec les épithéliomes qui se développent sur des nævi divers ; la lésion *première* est déjà elle-même un épithéliome..

Alors même qu'il s'agit de nævi du type épithélial, tels que les *cystadénomes épithéliaux bénins* — voyez plus haut, p. 369, et E. Besnier, *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, séance du 13 nov. 1890 — le développement d'un épithéliome à leur niveau se fait seulement à titre éventuel, et au même titre que dans les nævi de tout ordre.

Un grand nombre de *conditions étiologiques* président directement au développement de ces lésions, bien qu'elles n'en soient que la cause occasionnelle, l'agent provocateur, peut-être le mode inoculatoire, ou l'élément fécondant. Toutes les irritations locales amenant une stase sanguine et des varicosités superficielles, la stase dans les réseaux papillaires, les traumatismes divers simples ou spéciaux, peuvent devenir le point de départ d'une prolifération épithéliale qui pourra, pendant longtemps quelquefois, être *larvée* sous les formes les plus diverses et les plus insignifiantes en apparence, jusqu'à ce qu'apparaisse une forme

Sa surface est luisante, cireuse ou rosée, parcourue par de petits vaisseaux, inégale, proéminente, et le centre, à la suite d'une rétraction spontanée, est déprimé en forme d'ombilic; ses bords à pic, lisses ou garnis de granulations cancroïdales, ou renversés, se confondent peu à peu avec les parties saines. La tumeur se continue plus tard par des

---

figurée, ou simplement une cicatrice, *qui ne se ferme pas complètement*, semblant constituer une ulcération d'emblée.

Quand il s'est établi une « verrue », une « excroissance », un « bouton », un foyer végétant, papillaire, papillomateux, la marche présente encore de très grandes variétés au point de vue de la durée du temps après lequel apparaît une *excoriation* ordinairement centrale, un peu d'écoulement sanguin, et la formation de petites concrétions noirâtres. Quand on constate de véritables croûtes, on trouve celles-ci très adhérentes, laissant à découvert, quand on les arrache, une petite surface spongieuse ou fissuraire, saignant facilement. A cette période, peut être considérée comme commencée la phase ulcérative qui, abandonnée à elle-même, tard ou tôt, aboutit à la terminaison commune de toutes les formes et variétés, l'ulcération, l'ulcère, — *ulcère chancreux des anciens*, *ulcère cancroïdal*, etc.

Il existe encore une assez nombreuse série d'autres *modes* de *début* de l'altération épithéliomateuse *primitivement superficielle*, qui est vraiment protéiforme dans sa manifestation première, variable selon la région anatomo-topographique, et le mode réactionnel particulier de la peau en présence de l'irritant spécifique, supposé ou connu.

La lésion première peut être semblable à une hyperkératose simple, à une exfoliation pityriasique ou psoriasique, à une fissure simple, à une plaque eczématique — comme dans la *maladie du mamelon de Paget*, dont nous traiterons un peu plus loin — voy. p. 658 et suiv.; à une acné sébacée diversement figurée, érythémateuse — *acné cancroïdale*, *acné sébacée concrète*. Cette dernière variété, bien individualisée, présente à l'observation une surface saignant facilement au grattage, encroûtée de concrétions grasses, adhérentes, qui prennent racine dans les canaux folliculaires dilatés à leur niveau, et ayant une bordure quelquefois finement érosive, avec ou sans ourlet perlé, ou perles d'extension, selon la phase à laquelle on observe.

Ces cas qui sont considérés comme des « transformations » ou des « dégénérescences » de l'acné sébacée sont, pour nous, des cas d'épithéliome *à début acnéiforme ;* la prétendue transformation d'une séborrhée en épithéliome ne représentant pas autre chose que l'évolution cancroïdale d'une variété d'épithéliome — *Ép. acnéique*, *séborrhéique*, *sébacé*, *sudoripare*, etc. C'est dans ces formes particulièrement, que l'on voit la lésion se multiplier sur plusieurs points de la face à la fois, et, dans quelques circonstances, donner naissance à une prolifération en tumeur qui peut persister en cet état plus ou moins longtemps, avant d'arriver à l'ulcère cancroïdal ; *Ép. végétant*, *en tumeur*, *fongueux*, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

prolongements durs, comme coulés dans les couches profondes de la peau, s'étendant au loin, reconnaissables seulement au toucher, et formant çà et là, dans le voisinage de la tumeur centrale, des nodosités qui en paraissent isolées. Après une durée variable, il se produit une ulcération qui peut débuter sous la forme de l'ulcère superficiel que nous avons décrit plus haut, pour gagner peu à peu en profondeur ou bien il se fait un ramollissement rapide des parties profondes, au-dessus duquel la peau prend une teinte rouge bleu, s'amincit, disparaît et laisse à nu un ulcère cancéreux profond. Celui-ci est cratériforme, irrégulier, entouré de bords taillés à pic, renversés, gaufrés, indurés, et laissant échapper à la pression des masses caséeuses semblables à des comédons (cônes épithéliaux du cancroïde). L'ulcère sécrète une sérosité visqueuse, de temps à autre un liquide putride, en raison de la décomposition rapide des tissus; et, par suite de la propagation de l'infiltrat cancéreux aux tissus sous-jacents, détermine, dans l'espace de plusieurs mois ou de plusieurs années, la destruction de ceux-ci, cartilages, muscles, os. Bien que, sur certains points, la production puisse être éliminée par suite d'une nécrose en masse, et que ses bords puissent fournir à un développement de granulations de bonne nature, bien que la cicatrisation puisse même avoir lieu, le processus gagne dans d'autres directions, prend parfois en certains points le caractère du carcinome médullaire ou du carcinome villeux (encéphaloïde), et, dans un intervalle de quelques mois jusqu'à deux ou trois ans, amène en même temps que l'engorgement des ganglions voisins, le marasme et la mort (1).

C'est l'épithéliome papillomateux (papillome malin), qui aboutit le

(1) *Épithéliome térébrant*, *malin, galopant*, *phagédénique*, *mutilant*, etc. — L'épithéliome de la peau, *profond*, bien que l'auteur le déclare fréquent, est au contraire *très rare*, si on ne considère que les formes qui méritent cette dénomination, c'est-à-dire celles qui *débutent* par la profondeur de la peau pour arriver à la superficie, et si l'on excepte les cas où un épithéliome *sous-cutané* vient affleurer à la surface — *Ép. par propagation ;* ou ceux dans lesquels un épithéliome, superficiel au début, devient si rapidement profond que la première phase de la lésion échappe — *Ép. térébrant.* Tel est le cas constant, d'après notre observation, pour les épithéliomes malins, galopants, mutilants, qui affectent de tels rapports avec les formes malignes, galopantes, phagédéniques, mutilantes des syphilides ou de la scrofulotuberculose, que le diagnostic en est, souvent très difficile, surtout si l'on ne tient pas compte exact des cas que nous signalons.

Si le lecteur veut bien lire le compte rendu de la très importante présentation de malade faite par Vidal à la *Réunion clinique des médecins de Saint-Louis* le 13 juin 1889 — III. Épithéliome aigu, à marche rapide, développé à la face, page 215, — il aura, en peu de

plus rapidement à cette terminaison fatale. Il se présente sous la forme d'une tumeur dure, de plusieurs centimètres de hauteur, largement étalée ou adhérente par un pédicule, comme un champignon. La surface est plane, légèrement ombiliquée à son centre, et limitée par des bords renversés. D'abord rouge ou ardoisée, luisante, sèche comme du parchemin, elle s'exfolie plus tard, s'excorie, se crevasse, et se désagrège peu à peu pour se transformer en un ulcère sanieux, d'abord superficiel, puis creusant en profondeur, comme ceux dont nous avons parlé plus haut. Si le papillome malin se développe sur une région de la peau peu infiltrée (sur un épithéliome superficiel), sa marche peut encore être favorable, mais, par contre, il devient rapidement funeste, quand il se manifeste sur un cancer infiltré (1).

---

temps, pris une notion précise des cas de ce genre : chez une femme encore jeune, *en moins de six mois*, la lèvre supérieure, la joue droite, la base des fosses nasales rouges et infiltrées avaient acquis un volume énorme.

« La lèvre supérieure est particulièrement épaissie et élargie, quadruple de son volume normal, et de couleur rouge livide. Elle offre à la pression une consistance pâteuse, assez résistante d'ailleurs, non pas ligneuse. Le derme est complètement infiltré, et l'épiderme participe à la lésion. Dans son ensemble, la peau ne peut être plissée, et offre un aspect chagriné de peau d'orange. Cette infiltration des tissus se retrouve dans les fosses nasales, qui sont rouges, en partie oblitérées, et ulcérées par places. La joue droite et le côté droit du nez, au-dessous et en avant de l'os malaire, présentent ce même état de gonflement, d'induration, de lividité.

Mais là ne s'arrêtent pas les limites du mal : l'examen de la bouche montre des lésions d'une intensité peu commune. Toutes les muqueuses, celle de la lèvre, de la joue droite, présentent des surfaces végétantes, grisâtres, séro-purulentes, irrégulières, mais à contours assez nets et faisant saillie au-dessus des tissus sains. Les alvéoles du maxillaire supérieur sont complètement détruits; on ne trouve plus trace des dents et des gencives; il en est de même pour la moitié postérieure des gencives inférieures... La santé ne paraît pas altérée. »

Huit *jours* après, le 20 juin 1889, Vidal présente de nouveau la malade : *Une petite perle épithéliomateuse, qu'il avait montrée au-dessous de la narine gauche, avait atteint la dimension d'une noisette, et formait un noyau profond; elle aurait facilement été inaperçue par un observateur moins consommé.*

L'examen histologique, pratiqué par Wickham, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux lobulé typique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ainsi que nous l'avons dit plus haut « l'épithéliome papillomateux, papillome malin », ne constitue ni une espèce, ni un type primitifs d'épithéliome, mais seulement une forme ou une variété d'épithéliome secondaire, ou la phase végétante d'un épithéliome commun.

E. B. — A. D.

Les trois types d'épithéliome peuvent se développer et persister souvent isolément ; fréquemment aussi on les trouve réunis ou combinés sur le même individu.

Le siège le plus habituel du cancer cutané sous toutes ses formes est la face, principalement les paupières et les parties avoisinantes, ainsi que la peau qui recouvre les parties osseuses ou cartilagineuses du nez, puis la lèvre supérieure et inférieure, le front, et les parties latérales des joues, etc. L'affection persiste souvent pendant des années sur le même point, ou sur plusieurs à la fois, ou l'évolution a lieu sous forme de récidives, ou enfin le mal s'étend aux parties environnantes. Ainsi les paupières, les tempes, la face dorsale du nez peuvent, pendant plusieurs années, être le siège d'un épithéliome plat, qui, tandis que son centre se cicatrise, peut envahir ensuite les joues, le pavillon des oreilles, la lèvre supérieure. Une autre fois, un cancer de la paupière gagnera la conjonctive, ou bien se développant sous cette membrane, il s'étendra à la cavité orbitaire sans toucher le globe de l'œil ; toutefois, par suite d'un ectropion cicatriciel, il se manifestera du xérosis de la cornée. Au front, l'épithéliome se présentera sous forme de nodosité, s'étendra sur les os ainsi que sur la partie cartilagineuse du nez, qu'il déchiquète, ronge, ratatine, se propagera sur le vomer, le maxillaire supérieur, le bord alvéolaire de la mâchoire, tandis que les points intercalaires tomberont en gangrène. A la lèvre, on trouve souvent au début un cancer plat, papillomateux, qui gagne par infiltration la muqueuse buccale; une fois l'os atteint, la dégénérescence s'étend rapidement en surface et en profondeur, perfore la voûte palatine, détruit les dents et le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, ouvre l'antre d'Highmore, le sinus frontal, passe dans la fosse ptérygoïdienne, perfore les os du crâne et parvient jusqu'à la surface du cerveau. Pendant ce temps, il affecte en quelques points le type du carcinome médullaire, forme des ulcères sanieux, étendus, détermine la nécrose en masse de tous les tissus envahis, qui sont ainsi séparés par des amas cancéreux, produit une prolifération fongueuse des parties avoisinantes, la fièvre hectique et la mort.

Les parties génitales sont rarement le siège de l'épithéliome ; sur le gland, au pourtour du méat urinaire ou sur le prépuce, on le voit débuter sous forme de cancroïde superficiel; après un temps relativement court, il infiltre les parties, se complique d'un gonflement dur des vaisseaux lymphatiques du dos de la verge, du corps caverneux, des ganglions inguinaux, et amène la mort au bout de deux à trois ans. L'affection est plus rare encore sur les grandes lèvres de la femme, mais elle y présente la même marche que chez l'homme. Souvent un cancer plat des parties génitales, se cicatrisant au centre et s'étendant à la périphérie, donne lieu, après un certain nombre d'années, à une ulcé-

ration cancéreuse, serpigineuse, entourant sous forme de sillon une vaste aréole cicatricielle, et s'étendant sur le pénis et la face interne des cuisses (1).

---

(1) *Leucokératose vulvaire* (*psoriasis, leucoplasie vulv.*, etc.); *épithéliomatose vulvaire :* Sur la vulve, de même que dans la cavité buccale, l'épithéliome peut avoir, pour première *forme*, la plaque épithéliale blanche que l'on considère comme pouvant « dégénérer » ultérieurement en épithéliome, mais dans lequel nous voyons la *première phase*, le premier stade de cet épithéliome — *vulvite épithéliale.* Nous en avons, en 1886, déposé dans le Musée de Saint-Louis un exemple remarquable, moulé par Baretta sur une malade âgée de cinquante-cinq ans.

Pièce 1127. — Vulvite épithéliale; plaques blanches, leucoplaquia, leucoplasie, etc. Région ano-vulvaire, proliférations épithéliales terminales à tous les degrés de l'évolution : hyperkératose, bourgeonnement papillomateux; nécrobiose, ulcérations.

On remarquera sur la pièce : *a.*) rougeur générale de la région ano-vulvaire parsemée, ou recouverte, d'élevures mamelonnées *blanc d'argent*, par îlots ou par grands lacs, avec la marque folliculaire propre à la région.

Sur la lésion des grandes lèvres, en haut, et en bas, l'exfoliation épithéliale complète est permanente; le derme est atteint profondément, et il y a de véritables tumeurs épithéliomateuses dont quelques-unes sont encore partiellement recouvertes de la croûte argentée. A l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite, l'altération est arrivée à un plus haut degré, et l'on voit une large ulcération ronde, avec son ourlet circonférentiel induré et blanchâtre absolument caractéristique.

La lésion s'est étendue à la cloison recto-vaginale, mais elle ne dépasse pas son tiers inférieur.

En résumé, trois ordres de lésions successives :

a). *Plaques épithéliales.* — Les plaques d'un blanc laiteux, ou argenté, occupent la presque totalité de la surface qui correspond à l'appareil des petites lèvres, et de la face interne des grandes lèvres.

En quelques points, les taches laiteuses deviennent nettement argentées en formant des plaques saillantes, de 1 millimètre d'épaisseur au moins, irrégulières, qui se confondent avec les teintes blanches des parties voisines.

b.) *Tumeurs papillomateuses.* — Une série de tumeurs papillomateuses échelonnées depuis le sommet de la vulve jusqu'à sa base, et qui sont, notamment au sommet, une masse fongueuse en partie blanchâtre, en partie érodée, de la dimension d'une pièce de 2 francs argent, puis correspondant à la petite lèvre droite une masse de dimension un peu plus considérable, presque entièrement recouverte de l'épithélium blanc. Du côté gauche, les mêmes lésions s'échelonnent de haut en bas, en présentant à l'extrémité inférieure de la grande lèvre un condylome saillant accuminé, dur.

c.) *Ulcère cancroïdal.* — Enfin à la partie inférieure un nouveau groupe condylomateux, terminé à la partie inférieure par l'ulcération décrite plus haut.

La malade n'était pas syphilitique, ni glycosurique ; les altérations avaient débuté il y a cinq ans par du « prurit vulvaire » ; divers traitements conseillés par des empiriques avaient été appliqués sans succès. En dernier lieu, un médecin avait pratiqué des cautérisations au fer rouge « *à la suite desquelles le mal s'était rapidement aggravé* », au point qui avait déterminé la malade à entrer dans notre service.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

On observe beaucoup plus rarement le cancer épithélial primaire de l'ombilic, du mamelon — Paget — (1), de toute autre région du tronc.

(1) La Maladie de Paget, par l'intérêt qu'elle comporte, et par l'importance que lui ont donnée les récentes recherches françaises sur la présence des « coccidies » dans certains épithéliomes, réclame autre chose qu'une simple mention ; le lecteur en trouvera, dans l'appendice suivant que nous allons donner, un aperçu succinct, mais suffisant pour établir nettement l'état de la question.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Épithéliomatose eczématoïde de la mamelle
Paget's disease of the nipple ;
Des coccidies ou des figures coccidiennes dans les épithéliomes

I

L'épithéliomatose de l'aréole du sein, l'épithéliome eczématoïde de la mamelle, maladie pour laquelle Erichsen a proposé en 1879 — Roy. med. and surg. Soc. of London, *Brit. med. Journ.*, 1880, — la dénomination de « Paget's disease of the nipple », *maladie du mamelon, de Paget*, et qui avait été décrite par Sir James Paget en 1874 — On disease of the mammary areola, preceding cancer of the mammary gland, *St Bartholom.'s Hosp. Rep.*, p. 83 — et par Thin sous le nom de « *Malignant papillary dermatitis* » — Roy. med. and surg. Soc. 1880, *Brit. med. Journ.*, 1881, p. 760 — et qui, depuis, a suscité, dans tous les pays, un grand nombre de travaux de mérite, est entrée dans une phase nouvelle depuis les recherches de l'école française sur les « psorospermoses » — Malassez (Albarran, Balbiani), Darier, Wickham.

En 1885, sur une pièce étudiée par Malassez et Albarran, Malassez, frappé depuis longtemps « de l'aspect tout particulier de certaines cellules que l'on trouve dans les épithéliomes, et que l'on considère soit comme des cellules mères, soit comme des cellules en dégénérescence granulograisseuse ou en dégénérescence colloïde », et poursuivant leur étude, reconnut, dans un épithéliome apporté et examiné dans son laboratoire par Albarran, des « coccidies si nettes », qu'il ne conserva aucun doute, pas plus que Balbiani auquel « pour plus de sûreté », il montra les préparations.

En 1889, Malassez à qui Darier présentait ses préparations faites sur les éléments recueillis chez nos malades de l'hôpital Saint-Louis (voy. T. I, p. 787) « instruit par ses recherches antérieures », reconnut aussitôt la présence des « coccidies », confirmée ensuite par Balbiani. Tout cela a été reconnu par Darier, et exposé par lui au Congrès de 1889 — *Comptes rendus*, p. 390 et suiv.

Près de dix ans auparavant, une *affection cutanée* des volatiles avait déjà été rapportée à la « *psorospermose* » — Voy. Rivolta et Delprato,

l'*Ornitojatria*, Pisa, 1881, p. 269, *cit.* L. G. NEUMANN, *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*, 1888, p. 245 — et en 1884 R. von LENDENFELD — Note on an apparently new parasite affecting Sheep, *Linnean Soc. of New South Wales*, 1884-85, *Zoologischer Anzeiger*, 1885 (*eod. loc.*) — a observé sur des moutons australiens une maladie « *semblable au cancer épithélial* » qui avait son siège sur les lèvres, et en arrière des onglons.

C'est avec raison que le savant directeur du laboratoire du Collège de France — voy. L. MALASSEZ, Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme, Note rectificative, *Arch. de méd. expériment.*, *etc.*, 1re série, T. II, 1er mars 1890, VI, p. 302 — a réclamé la part légitime qui lui revenait dans la constatation des « coccidies » CHEZ L'HOMME. On ne dira jamais assez quels éminents services ce savant rend chaque jour à la science médicale, avec une modestie et un désintéressement admirables ; mais nous n'en devons pas moins reconnaître que DARIER, a, comme nous l'avons dit T. I, p. 190, réellement découvert les *figures* coccidiennes dans la « *prospermose végétante* » *de l'homme* et dans la *maladie de Paget*. C'est à son initiative que cette question doit d'être sortie des limbes où la maintenait la scrupuleuse sévérité scientifique du maître pour qui « les théories sans preuves suffisantes sont plutôt nuisibles qu'utiles à la science », proposition vraie en principe, mais comportant, dans l'application, de nombreuses exceptions, particulièrement en *médecine* où l'on n'a pas le *temps d'attendre* les horizons lointains, et où il faut « *aller de l'avant* ».

C'est dans cette direction, et sur cette voie, que s'est avancé avec ardeur LOUIS WICKHAM, à qui est dû le travail le plus complet qui ait été produit jusqu'à présent sur la question — Contribution à l'étude des prorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer ; Maladie de la peau, dite Maladie de Paget, *Thèse de Paris*, 1890. Cf. — ALBARRAN — *Congrès de Berlin*, 1890 ; PODWYSSOSKI, De la présence des coccidies dans les œufs de poule, ses rapports avec la pathogénie de l'épithéliome, — *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. path. Anat.*, 1890, n° 5, anal. franç., in *Bullet. méd.* 1890, p. 478.

Assurément le dernier mot n'est pas dit sur cette question qui conserve de nombreuses inconnues, ainsi que nous l'avons dit plus haut — voy. T. 1er, *Appendice des Traducteurs*, p. 794 — et qui entre à peine dans la phase nécessaire de critique et de contestation. Voy. JAMES C. WHITE (et JOHN T. BOWEN), Keratosis follicularis (psorospermose végétante), a second case, — *Journ. of cut. and gen. ur. diseases*, vol. VIII, 1890, p. 13 ; J. DARIER, A propos d'un nouveau cas de Psorosp. follic. végét. — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, T. I, 1898, p. 277 ; Ed. Hache, Les coccidies dans les cancers épithéliaux — *Comptes rend. hebd. de la Soc. de Biologie*, 1890, p. 637. Voyez surtout les très importantes recherches de A. BORREL, Signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes — *Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. path.*, 1re série, T. II, 1890, p. 787, Pl. XII — desquelles il résulte que, dans l'état actuel de la question, « LA PLUS GRANDE RÉSERVE S'IMPOSE AVANT DE PARLER DE PARASITISME, ET DE COCCIDIES, DANS LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES ».

En attendant que ces questions de haute histologie soient vidées, la constatation des *figures coccidiennes* dans une tumeur n'en conserve pas moins une *signification diagnostique* importante.

Si la nature coccidienne des éléments contestés se vérifiait, cette découverte de la science française marquerait une date solennelle dans l'histoire du cancer en général, lequel n'apparaîtrait plus comme une maladie de dégénérescence organique rendant vaine toute répression, mais comme une maladie *extrinsèque,* que l'on pourrait parvenir à vaincre.

II

Voici d'abord (ce qui ne sera pas inutile à quelques-uns de nos lecteurs) la transcription de la bibliographie donnée par L. Wickham. Ce qui n'y est pas contenu a été, ou sera indiqué par nous dans le courant de l'*appendice*.

« Porter, *Boston Med. and Surg. Journ.*, mai 1872. — Sir James Paget, « On disease » of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland », *Saint-Bartholomew's Hospital reports*, p. 87, 1874. — H. Trentham Butlin, « On the minute anatomy of two breasts, the areola of which had been the seat of long standing eczema », *Med. Chir. trans.*, vol. LIX, p. 107, 11 janvier 1876. — « On the minute anatomy of two cases of carcinoma of the breast preceded by eczema of the nipple and areola »; *Med. Chir. trans.*, vol. LX, p. 153, 23 janvier 1877. — Busch, *Langenbeck's Archiv*, vol. XXI, p. 673, 1877. — Sir J. Paget, Discussion du deuxième mémoire de Butlin à la Société méd.-chir. de Londres, séance du 23 janvier 1877, *Lancet*, 27 janvier 1877. — Savory, *British Med. Journ.*, 15 décembre 1877. — George Lawson, « A case of cancer of the breast following long standing eczema of the nipple »; Examen histologique, par Thin, *Clinical Society transactions*, *London*, vol. XIII, p. 37, 1880. — Georges Thin, Discussion d'un cas de Lawson à la Clinical Society of London, séance du 24 octobre 1879. — « Eczema of the nipple and cancer of the breast; an inquiry into the nature and mutual relation of the morbid conditions which have been associated under these names », Royal med. and Chir. Soc., séance du 9 décembre 1879, *British Medical Journal* du 24 janvier 1880. — Henry Morris, « On two cases of carcinoma of the breast preceded by so-called eczema of the nipple and areola », Histologie d'un des cas par Goodhart, avec gravures et planches, Roy. Med. and. Chir. Soc., séance du 9 décembre 1879, *Med. Chir. trans.*, vol. LXIII, p. 37, 1880. — Erichsen, Discussion des présentations de H. Morris et G. Thin à la Royal med. and. Chir. Soc., séance du 9 décembre 1879, Erichsen président, *British Med. Journ.*, 24 janvier 1880. — Henry Morris, « On a case of epithelioma of the neck, following a patch of chronic skin disease », *Med. Chir. trans.*, 25 mai 1880. — Robert W. Forrest, Communication à la Glascow Pathol. and Clinical Society, séance du 10 mai 1880. — G. Thin, « Malignant papillary dermatitis of the nipple and the breast tumours with which it is found associated », *British Med. Journ.*, 15 et 21 mai 1881, p. 760 et 798; — « On the connection between disease of the nipple and areola, and tumours of the breast », *Trans. of the Path. Soc. of London*, p. 218, 15 mai 1881. — George Lawson, « Case in which the breast was removed on account of incurable eczema of the nipple and afterwards found to be affected by cancer », — Histologie par Thin, *Chir. Soc. trans.*, vol. XIV, p. 22, 27 mai 1881. — Munro, « Paget's disease of the nipple », *Glascow Med. Journ.*, p. 342, novembre 1881. — Mac Call Anderson, « Note on Paget's disease of the nipple », *Glascow Med. Journ.*, octobre 1883. — Snow, *Brit. Med. Journ.*, 16 décembre 1882. — L. Duhring, Deux cas de maladie de Paget du mamelon, *The Americ. Journ. of the Med. Sc.*, p. 116, juillet 1883. — Sherwell, « Paget's disease of the nipple or Malignant Papillary Dermatitis », *Congrès de l'Association dermat. Amer.*, séance du 29 août 1883. — L. Brocq, Analyse critique de la maladie de Paget, *Annales de Dermatologie*, 25 novembre

1883. — VERNEUIL, *Semaine médicale*, 27 décembre 1883. — SCHWEINITZ, *Medical News*, 9 février 1884. — DUHRING et WILE, « On the pathology of Paget's disease of the nipple », *The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, article X, juillet 1884. — L. BROCQ, Analyse critique de la maladie de Paget (cas de Duhring et Wile), *Annales de Dermat.*, 25 octobre 1884. — LASSAR, Préparation histologique d'un cas de maladie de Paget, Société de médecine de Berlin, séance du 25 février 1885. — KAPOSI, *Traité des maladies de la peau*, 1889. — MAC CALL ANDERSON, *Diseases of the skin.* — LIVEING, *Handbook of skin diseases.* — HALLOPEAU, Cliniques à l'hôpital Saint-Louis, mai et juin 1888. — RAD. CROCKER, « Affection of the scrotum ressembling Paget's disease of the nipple », Pathol. Society of London, séance du 6 novembre 1888, *Lancet*, 10 novembre 1888; *Diseases of the skin*, 1888. — COMITÉ DU JEUDI DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS, 31 janvier 1889, *Annales de Derm.*, mars 1889. — JAMIESON, *Diseases of the skin*, 1889. — J. DARIER, « Sur une nouvelle forme de psorospermose, ou maladie de Paget », *Société de Biologie*, du 13 avril 1889, *Bulletin Médical*, 17 avril 1889. — LEWIS, « Paget's disease of the nipple », présentation d'un cas à la New-York Derm. Soc., 189e réunion. *Journ. of Cut.*, juin 1889. — L. WICKHAM, « Anatomie pathologique de la maladie de Paget », communication au Congrès international de Dermatologie de Paris, séance du 8 août 1889. (V. *Comptes rendus du Congrès*), et *the Brit. Journ. of Dermat.*, octobre 1889. — J. DARIER, « Des psorospermoses cutanées », communication au Congrès international de Dermatologie, séance du 8 août 1889, *Comptes rendus.* — RAYMOND, Bulletin du *Progrès Médical*, 7 et 21 septembre 1889. — GILBERT BARLING, Un cas de maladie de Paget, Pathol. Soc. of London, *Lancet*, 21 déc. 1889. — L. WICKHAM, « Anatomie pathologique et nature de la maladie de Paget », *Archives de Médecine expérimentale*, 1er janvier 1890, « Maladie du mamelon, dite de Paget », Revue générale et critique *in Ann. de Derm. et de Syph.*, janvier et février 1890. — VINCENT, Communication à la *Soc. de Biol.*, 1er mars 1890. — J. HUTCHINSON jun., « Paget's disease of the nipple with Psorospermiœ », communication à la *Patkol. Soc. of Lond*, 18 mars 1890. — D. BARDAZZI, « La malattia del Paget », Revue générale, in *Giorn. ital., del. mal. ven. e del. pelle* (mai 1890). »

III

Voici maintenant les conclusions de la Thèse de L. Wickham; l'auteur fait remarquer qu'elles concordent dans leur ensemble avec celles de Darier, *loc. sup. cit.*, notamment les conclusions 1, 2, 4, 5, 10, 13, 14, 15, et avec celles qu'il avait lui-même antérieurement posées, *loc. sup. cit.* Celles des nos 3, 6, 7, 9, sont particulières à ce dernier travail.

« 1° La maladie de Paget est due à des parasites de la classe des sporozoaires, de l'ordre des coccidies ou psorospermies. — 2° Cette affection doit, désormais, être classée dans le groupe des psorospermoses cutanées, proposé par Darier, qui contient déjà la psorospermose folliculaire végétante, et dans lequel il faut ranger peut-être le molluscum contagiosum de Bateman. — 3° Elle doit être considérée comme une maladie de la peau en général, avec prédominance extrême au sein, et non plus comme une affection essentiellement propre à cette région. — 4° L'examen microscopique des squames qu'on trouve remplies de psorospermies, constitue un excellent et rapide moyen de diagnostic. — 5° Les psorospermies infiltrent l'épiderme et ses prolongements. Elles y apparaissent à leurs divers stades de développement; les formes moins avancées étant très difficiles à reconnaître. — 6° La pullulation parasitaire a semblé se faire par voie de déhiscence et par dissémination consécutive de masses globuleuses intra-kystiques, qui ont probablement la signification de pseudo-navicelles. — 7° Les cellules épithéliales présentent une certaine tendance à se grouper en s'aplatissant autour des coccidies; celles-ci parfois ont paru être très nettement le centre de formation des globes épidermiques. — 8° Jusqu'à la découverte des psorospermies, les

diverses formes que celles-ci revêtent avaient été prises par les auteurs pour des cellules dégénérées ou en voie de transformation endogène. — 9° Au point de vue histologique, il s'agit primitivement d'une affection des épithéliums superficiels. — 10° La présence des parasites parmi les cellules épithéliales et dans leur intérieur même détermine dans les tissus des degrés divers d'inflammation et de prolifération cellulaire. — 11° Le cancer, qui ne survient qu'à une époque fort reculée du début, naît, au sein, le plus souvent, des conduits galactophores, mais il peut aussi bien provenir de l'épiderme, des glandes pilo-sébacées et sudoripares et de leurs canaux excréteurs. — 12° C'est un épithélioma pavimenteux, qui peut être lobulé, tubulé ou alvéolaire. — 13° Dans les lobes et les tubes épithéliaux, on retrouve les coccidies aux divers stades de leur évolution. — 14° Les parasites semblent avoir dans la maladie de Paget une influence directe sur le développement de l'épithélioma. — 15° Il résulte des conclusions précédentes que l'hypothèse de la nature parasitaire psorospermique de certaines formes de cancer mérite d'être prise en considération. — 16° La maladie de Paget, aux deux premiers degrés des lésions, doit être traitée, non plus par l'extirpation radicale, mais par les substances antiparasitaires, en se conformant aux indications et aux règles formulées par Darier. L'affection est curable dans ses premières périodes, c'est un fait qui découle très nettement de la notion pathogénique nouvelle. »

Nous rappelons seulement au lecteur qu'il s'agit toujours ici de la « psorospermose » *de l'homme*. Chez *les animaux*, la question est, comme nous l'avons dit, ouverte depuis beaucoup plus longtemps — Voy. plus haut, p. 658; et Cf. R. G. Neumann, *loc. sup. cit.*, pour les rapports de la psorospermose avec le *molluscum contagieux de Bateman*, la *diphthérie* et la *tuberculose*.

IV

L'épithéliomatose mammaire de Paget *débute, au mamelon*, par l'*encombrement corné de ses lacunes;* nous avons, en insistant sur ce mode de début, première manifestation de la maladie, fait remarquer que l'on constate souvent, sur l'un des deux mamelons, la kératose initiale, alors que la maladie est déjà à la période d'état sur l'autre — E. Besnier, *Réun. clin. des Méd. de Saint-Louis*, janvier 1889, p. 64 — cela, tantôt sans cause connue, tantôt à la suite d'une lactation, d'une galactorrhée, d'une irritation banale, d'un eczéma localisé ou généralisé, etc. — Voy. P. Diday, Nouvelles contributions à la maladie de Paget, *Lyon médical*, T. LXIV, 1889, p. 579 et suiv. — Puis la lésion s'établit, progresse, avec plus ou moins de prurit, de malaises divers, brûlures, picotements, élancements dans le sein, et quelquefois irradiations névralgiques.

Lorsqu'il s'est formé une rhagade, que le mamelon est reconnu un peu induré, qu'il y a une croûte proprement dite, la lésion est déjà *ancienne;* le corps muqueux est à nu sur une certaine surface, il y a une exulcération, quelquefois de la rétraction du mamelon; l'*aréole* est atteinte, ou va l'être.

Dire la durée de chacune de ces étapes serait difficile : Beaucoup de femmes répugnent longtemps à confier leurs souffrances, ou à se faire examiner, et c'est très souvent à d'autres qu'au médecin qu'elles s'adressent d'abord. Mais, au moment où celui-ci est consulté, le

temps écoulé depuis le début réel est presque toujours fort long; il se compte par mois, années, et séries d'années. Dans quelques cas, le mamelon reste seul atteint, même la maladie étant très ancienne; le *stade mamelonnaire* n'est pas dépassé, et il peut être suivi *directement* de la pénétration intra-glandulaire et de la dégénérescence maligne du sein. Dans les mêmes conditions l'affection peut, aussi, ne pas dépasser l'aréole — *stade aréolaire;* constituant un second type, elle peut, au contraire, s'étaler sur la peau vague du sein — *stade mammaire* proprement dit, dans lequel, indépendamment des altérations propres du mamelon et de l'aréole, on constate, s'étalant sur la peau attenante, une plaque d'un rouge plus ou moins vif, dépourvue en totalité, ou par places, de son épithélium corné, suintante, eczématoïde, figurée, polycyclique, à bords très légèrement élevés, de consistance « papyracée », etc. — Voy. les très belles *chromographies* du Mémoire de Wickham, et, dans le Musée de Saint-Louis, les magnifiques pièces dues au talent de Baretta : n° 1160 déposée par Vidal en 1886 ; 1339 et 1355 déposées par Hallopeau en 1888.

Le résumé suivant des principaux caractères qui distinguent la forme eczématoïde, donné par Wickham, mérite d'être reproduit à cause de sa concision et de son exactitude, bien que quelques points de détails soient à réserver.

« 1° La période d'état ne s'observe en général qu'entre quarante et soixante ans. — 2° Lorsque le malade vient consulter, le début réel remonte, en général, à une époque éloignée (de sept à douze ans en moyenne). — 3° Au sein, unilatéralité des lésions en pleine activité. Coexistence fréquente au mamelon opposé de lésions de début. — 4° Début par des croûtes et des concrétions cornées, adhérentes et rebelles, siégeant au sommet du mamelon, avec ou sans démangeaisons, accompagnées quelquefois d'érythème ou d'exulcération sous-jacente. — 5° Sur d'autres régions, début par une petite surface érythémato-squameuse, entourée d'un bourrelet caractéristique. — 6° Rétraction précoce du mamelon. — 7° Progression excentrique et lente des lésions superficielles; marche serpigineuse avec arrêts momentanés, mais jamais de régression spontanée. — 8° Contours polycycliques légèrement surélevés en bourrelet, limitant avec une extrême netteté l'ensemble des lésions. — 9° Surface rouge vif, brillante, plus ou moins suintante, légèrement mamelonnée, recouverte par places de squames et de croûtes, dans laquelle on distingue des points excoriés (premier degré), des points exulcérés (deuxième degré), des surfaces (épidermisées) pseudo-cicatricielles. — 10° Induration papyracée superficielle. — 11° Sensations de brûlure ; prurit par périodes, en général, peu intense. Douleurs au contact. — 12° (Signes négatifs) : pas de vésicules; pas d'engorgement ganglionnaire. Incurabilité absolue par les méthodes anti-eczémateuses. En dehors des limites de la surface malade, peau saine, ni rosée, ni desquamée, ni vésiculeuse, ni épaissie, ni cicatricielle. — 13° A une époque plus ou moins éloignée du début, en moyenne de sept à dix ans, il se produit le plus souvent, tantôt à la surface même et au centre, une ulcération de mauvaise nature, tantôt dans la profondeur un noyau carcinomateux. Le cancer, une fois formé, n'offre pas de caractères spéciaux. Il évolue lentement, et n'est accompagné d'engorgement ganglionnaire qu'aux périodes ultimes; il peut alors se généraliser et entraîner la mort.

Malgré tous ces caractères réunis et cette précision didactique, il resterait encore, en pratique, bien des cas ambigus, si l'on avait pas — fait capital quel que soit le sort ultérieur de la question — à sa disposition la constatation facile des « psorospermies » dans les squames, dans les débris épithéliaux, ou dans le produit d'une rugination superficielle et limitée — Voy. T. I, Appendice des traducteurs, p. 486 et suiv., et L. Wickham, *Thèse citée*, p. 142, la *méthode* de Darier.

IV

Le *pronostic* de la maladie de Paget a été assombri au delà de la mesure ; un certain nombre de cas ont une marche torpide, et, chez des sujets âgés, ne réclament pas une intervention chirurgicale radicale. En ville, où cette affection est plus fréquente, et même à l'hôpital, il y a des formes frustes, bénignes, qui restent stationnaires, qui s'améliorent, et, nous croyons pouvoir l'affirmer, qui guérissent sous l'action d'un traitement approprié. Il sera aisé d'être fixé sur ce point avant peu d'années, car on pourra, à présent, donner *la preuve* expérimentale que les cas frustes, légers, torpides, curables, auxquels nous faisons allusion, sont véritablement des cas de maladie de Paget, *et non pas* des cas d'eczéma vulgaire ou autre chose.

Quoi qu'il en soit, un intérêt considérable s'attache à reconnaître la maladie dès son début, et à la traiter sans délai : On aura pour premier soin de régler les conditions de l'hygiène locale du sein et du mamelon, qui devront être protégés contre toutes les causes d'irritation, chaque jour convenablement lavés avec du coton-hydrophile, de l'eau boriquée ; la partie malade recouverte pendant le jour d'une compresse de *lint*, incisée crucialement au centre, enduite d'onguent de zinc, recouverte d'une couche de coton purifié. Pendant la nuit, applications de compresses de solutions capables de stériliser les tissus envahis, mercurielles faibles, salicylées, etc. A l'aide de ces simples soins, on obtiendra déjà beaucoup.

Une fois la constatation faite de la nature psorospermique, on ajoutera, chaque jour, des pulvérisations de 10 à 15 minutes, renouvelées deux fois avec des liquides appropriés : solutions mercurielles faibles, augmentées selon la tolérance, et variées ; solutions de salicylate de soude de 5 à 20 p. 1,000 avec addition de 2 à 10 de bicarbonate de soude, etc., etc., et l'on pourra appliquer les pommades ou les emplâtres mercuriels, au salol, à l'aristol, à l'acide pyrogallique, etc., etc., qui seront tolérés.

C'est seulement en présence de l'insuccès de ces moyens que l'on pourra être autorisé à avoir recours aux applications de solution au 1/3 de chlorure de zinc employées par Darier ; à tenter la rugination comme dans l'épithéliome vulgaire; et les excisions partielles, tout en employant sur la surface centrale les applications parasiticides.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Fin de l'appendice des Traducteurs sur la maladie de Paget et les figures coccidiennes dans les épithéliomes.

Plus fréquemment, on trouve le cancer épithélial aux membres supérieurs et inférieurs, où il procède de granulations exubérantes (dans l'éléphantiasis des Arabes et dans le lupus, T. II, p. 419).

Sur la muqueuse de la bouche et des cavités nasales, de la conjonctive, du vagin et du rectum, le cancer épithélial peut être primaire ou secondaire, et dans ce cas, il y arrive par extension d'une tumeur analogue des parties voisines de la peau. Du nez, il peut s'étendre au palais, au pharynx, au larynx; et par conséquent il faut l'étudier en même temps que l'épithéliome de la peau. Incomparablement plus fréquent est le cancer de la langue et de la muqueuse buccale. Il a souvent ici son point de départ dans les plaques épithéliales grises, d'origine syphilitique ou non, qui ont été désignées sous le nom de leucoplaques (Schwimmer) (1). Sur la langue, il se présente d'abord sous forme d'une ulcération superficielle, en général de la dimension d'une lentille ou d'une fève, rouge, granuleuse, parfois parsemée de petits points blancs, douloureuse à la pression ou même spontanément, ou bien encore sous l'aspect d'une rhagade, du bord ou du dos de la langue, à base molle ; ce n'est qu'à une période plus avancée qu'il se développera au-dessous de cette ulcération une infiltration indurée, noueuse ; dans d'autres cas, au contraire, cette induration précède l'ulcération superficielle. Des douleurs lancinantes, s'irradiant vers les oreilles, et un engorgement des ganglions sous-maxillaires se montrent au bout d'un à trois ans, et comportent un pronostic fâcheux.

Sur la muqueuse buccale, l'épithéliome est plus rare, d'ordinaire superficiel, il peut se présenter sous forme de fongus à bords renversés (2).

L'épithéliome primaire de la portion vaginale, où il se manifeste souvent sous forme de chou-fleur ou seulement comme une surface ulcérée, finement mamelonnée, se rencontre fréquemment dans la pratique dermatologique, il est surtout intéressant à connaître pour le diagnostic différentiel d'avec la syphilis.

D'après ce que j'ai dit du cancer en général, l'anatomie pathologique de l'épithéliome, malgré des travaux importants, n'est encore qu'à

---

(1) Voy. plus loin, *Appendice des Traducteurs*, p. 672 et suiv.
E. B. — A. D.

(2) L'épithéliome de la langue ne peut être ainsi décrit sommairement ; c'est dans les monographies spéciales, et dans les traités de chirurgie qu'on en doit chercher l'histoire complète. Quant aux caractères différentiels qui le distinguent des autres lésions de la langue, syphilitiques, lépreuses, tuberculeuses, etc., le lecteur les trouvera aux chapitres spéciaux, soit dans le texte courant, soit dans les notes. — Voy. aussi plus loin, *App. des Trad.*, VI, p. 680 et suiv.
ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

l'état schématique, et les conclusions auxquelles on est arrivé sur ce point ne sont sans doute que temporaires. Anatomiquement, l'épithéliome est caractérisé par une inflammation particulière de la peau (infiltrée de cellules lymphatiques proliférantes, parcourue par des vaisseaux dilatés, baignée de lymphe séreuse s'accumulant dans les mailles élargies du tissu) ; le derme est traversé par des trabécules formant un réseau de cellules épidermiques proliférantes et de globes cancroïdaux, qui, partant des cônes muqueux, s'enfoncent comme un doigt de gant dans la profondeur, sont reliés par un stroma ramifié avec les réseaux voisins, et forment un réseau épithélial (fig. 58).

Une question importante au point de vue de l'histogenèse, de l'étiologie anatomique de l'épithéliome, est celle de savoir quelle est l'origine de ces cônes épithéliaux proliférants. Virchow les fait provenir d'une

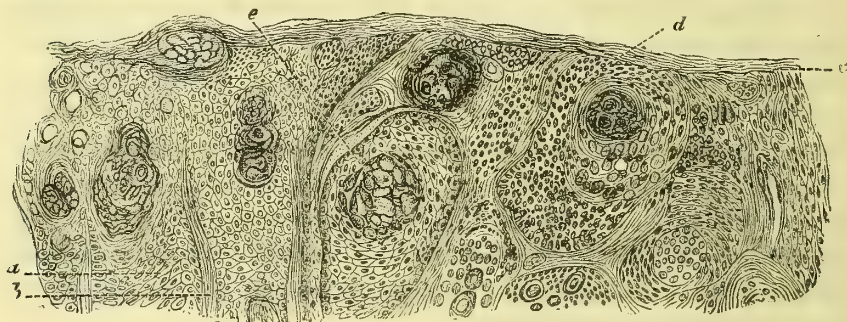


Fig. 58

Épithéliome. — Coupe verticale

a d cône du corps muqueux s'enfonçant fortement dans la profondeur; entre eux se trouvent des papilles amincies *b*; dans ces dernières, en *e d* et sur d'autres points, globes cancroïdaux. — *c* couche cornée mince.

prolifération des corpuscules du tissu conjonctif; Thiersch, Recklinghausen, Waldeyer, etc., se basant sur des recherches microscopiques et des considérations théoriques, les croient dus à un développement des cônes muqueux et de l'épithélium des glandes; pour Köster, ils sont un produit de prolifération des cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques. Chacune de ces interprétations est si exclusive, que, en dehors de la base anatomique sur laquelle elles s'appuient, leurs auteurs n'admettent pas la possibilité du cancer épithélial. Je crois que, pour le cancer superficiel, l'opinion de Thiersch est indubitable. Sur les bords de l'épithéliome, on peut, sur une coupe, suivre un allongement successif des cônes muqueux dans le derme ; sur leurs bords apparaissent des bourgeonnements; dans leur intérieur, il se forme des globes cancroïdaux, et en même temps il se fait une prolifération des cellules de revêtement des glandes, — celle-ci peut même apparaître

la première dans l'épithéliome tubéreux. C'est plus tard seulement que se produit parallèlement une infiltration inflammatoire du chorion, et il est dans l'évolution du cancer des phases durant lesquelles il est difficile de décider, d'après l'examen histologique, si l'on a affaire à une végétation épithéliale bénigne et atypique comme celle dont j'ai parlé à propos du lupus (T. II, p. 419, fig. 52), à une verrue papillaire à végétation vivace, ou déjà à un cancer. On n'arrive à caractériser nettement le cancroïde que quand on voit augmenter l'infiltration inflammatoire et se développer outre mesure les bourgeons épithéliaux. Le ramollissement inflammatoire des tissus, la dilatation des espaces lymphatiques, la division du tissu suivant un schème indiqué par les vaisseaux (Rindfleisch), favorisent la pénétration des bourgeons épithéliaux, tandis que la formation d'un tissu de cicatrice, comme dans le carcinome exfoliant, peut opposer une digue à ce développement et permettre la guérison spontanée, locale, du cancer. Mais il est démontré par une série de travaux (Gussenbauer), qu'outre les cellules épithéliales et endothéliales, soit primitivement, soit pendant le développement du cancer, tous les autres éléments figurés, corpuscules du tissu conjonctif, éléments des parois vasculaires, cellules musculaires et lymphatiques, peuvent contribuer à la production et à la prolifération des éléments épithélioïdes, c'est-à-dire des cellules cancéreuses, et amener ainsi l'accroissement du cancroïde.

Les manifestations plus éloignées de la destruction des tissus, la suppuration, la décomposition putride, sont seulement consécutives à la métamorphose régressive que subissent les éléments épithélioïdes impropres à une organisation plus élevée, par suite de la dégénérescence graisseuse, muqueuse (Billroth), colloïde ; indépendamment des nécroses en masse, dues à l'élimination et à la destruction de grandes portions de tissus, des os surtout, séparées des parties voisines dont elles tirent leurs éléments de nutrition (1).

L'étiologie du cancer en général est encore très obscure ; les causes de l'épithéliome nous sont au contraire sous beaucoup de rapports assez connues. On n'en peut pas démontrer l'hérédité. L'âge avancé

---

(1) La science marche si vite que la plupart des considérations ci-dessus sont périmées ; l'insuffisance de l'histologie pure y éclate manifeste ; on l'a vu tout à l'heure à l'occasion des « psorospermoses » et des « coccidies ».

Arrivée à un progrès que l'on pouvait croire consommé dans la technique, l'histologie ne peut encore *parler ferme* sur la différence qui existe entre les éléments de tissu et des éléments parasitaires (?). Les observateurs les plus éminents en sont encore à se demander si les *figures coccidiennes* sont de véritables coccidies, des cellules mères,

en général et surtout dans certaines circonstances anatomiques spéciales, est au contraire une cause prédisposante importante, bien que nous ayons vu l'épithéliome chez des personnes de vingt à quarante ans et plusieurs fois aussi chez des sujets de huit à dix-huit ans. Les hommes fournissent au cancer de la peau un plus grand contingent que les femmes (100 p. 30, Winiwarter) (1).

Certaines dispositions histologiques de la peau, locales, congénitales ou acquises, donnent incontestablement lieu au développement de l'épithéliome, en déterminant ou favorisant une altération des rapports nutritifs entre les papilles et le stroma conjonctif d'une part, le réseau muqueux et le pigment d'autre part. Je mentionnerai comme telles : les verrues pigmentaires, papillaires et sébacées, qui, spontanément ou par suite d'irritations répétées (contact du jus de tabac sur les lèvres, irritations mécaniques fréquentes) deviennent d'abord le siège d'une prolifération épithéliale ; puis des bourgeons épithéliomateux envahissent le chorion ramolli par inflammation ou devenu moins résistant par suite d'atrophie sénile, et opèrent la transformation en cancer épithélial. Il en est de même pour les plaies bourgeonnantes, quand, par suite de troubles locaux ou mécaniques de la nutrition, la régénération normale de l'épiderme est ralentie ou empêchée (ulcères des membres, lupus), état que j'ai décrit sous le nom de xérodermie pigmentaire (2).

---

des cellules en dégénérescence granuleuse ou colloïde, ou autre chose.
Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) La *cause* véritable des épithéliomes est inconnue, ou elle est parasitaire ; il ne peut donc être question dans leur « étiologie » que des *conditions accessoires* qui en favorisent, ou qui en provoquent le développement.

L'*hérédité* n'a pas été étudiée avec le soin nécessaire ; elle réclame interprétation : Est-ce une transmission de germes, une reproduction de conditions organiques de tissu, prédisposantes, ou favorables, etc., etc ?

L'*âge* joue un rôle non douteux ; les altérations que subit la peau après la cinquantième année constituent, sans aucun doute, une *opportunité locale;* s'il dérive, du fait de l'âge, quelque autre altération des solides ou des liquides, elle est inconnue dans sa nature.

Le *sexe* masculin présente, il n'y a pas de doute, une proportion plus forte que le sexe féminin, mais il faut l'entendre surtout du cancroïde du visage, pour des raisons anatomo-topographiques, et à cause de l'exposition plus grande de la face chez l'homme à l'action des irritants du dehors. E. B. — A. D.

(2) L'interprétation donnée par l'auteur aux faits d'*épithéliomatisation secondaire* de la peau n'est pas celle que nous considérons comme réelle. Les termes anciens et banals de « *transformation* » d'un tissu sain ou morbide en un autre, sa « dégénérescence » sont, pour nous, impropres. A parler exactement, il ne peut être question, dans ces faits,

Suite de la note des Traducteurs.

que d'envahissement, d'implantation ; une cellule peut subir une dégénérescence *de tissu*, devenir graisseuse, colloïde, etc., mais elle ne peut pas *devenir* cancéreuse. Sur un tissu pathologique, aussi bien que sur un tissu sain, il peut se faire une épigenèse, mais celle-ci, aussi bien que la production pathologique primitive, *vit aux dépens des tissus normaux;* elle peut détruire la lésion primitive, ou se substituer à elle; il n'y a là ni dégénérescence ni transformation, mais simplement absorption et substitution, *implantation*, *inoculation*, sur des terrains de culture appropriés, ou préparés. Ces divers points réclament quelques développements :

I. — *Rôle de l'irritation de tissu, des traumatismes, etc.*

Parmi les circonstances qui favorisent cette implantation, et qui préparent le terrain de culture, vient, au premier rang, *l'irritation du tissu*. Tous les points de la peau, ou des surfaces muqueuses, qui ont subi des effractions, ou qui sont le siège d'une irritation réitérée et prolongée, quelle que soit la nature de l'effraction ou de l'irritation, peuvent devenir le point d'implantation, la porte d'entrée, la surface de germination et le terrain de culture de l'agent épithéliomatogène. Tels sont *les points de la peau* irrités par le contact des *liquides glandulaires* déviés ou altérés, lacrymal, salivaire, vaginal, urinaire, stercoral, etc. ; l'*intertrigo permanent;* l'*eczéma chronique*, plus rarement le *psoriasis*, une *kératose* quelconque; un *vésicatoire ou un cautère à demeure*, un *ulcère simple*, *lupique*, *syphilitique* — une *lésion irritative* quelconque, par la suie dans le « cancer des ramoneurs », des *lésions irritatives variées*, dans tous les « *ulcères* » *professionnels* des ouvriers en pétrole, en paraffine, goudron, etc., etc. — Cf. A. Broca, Cancroïdes cutanés, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887, pp. 645, 658; Étienne Rollet — Tatouages et cancroïdes cutanés d'origine professionnelle chez les ouvriers qui fabriquent les briquettes de houille, *ibidem*, 1890, p. 522, etc., etc.

Ces conditions, si nombreuses et si variées, sont bien significatives, dans leur banalité même, pour montrer qu'elles n'ont toutes vraisemblablement, que le rôle d'une condition adjuvante ou provocatrice, facilitant l'accès d'un agent irritant spécifique, ubiquitaire.

Ces considérations s'appliquent à une série de points que les études nouvelles auront à simplifier autant que les pathologistes de l'époque actuelle l'ont compliquée outre mesure, ainsi que le montre l'examen des travaux contemporains sur les rapports qui unissent l'épithéliome aux *tuberculomes*, aux *cicatrices*, à *la syphilis*, ou à *la lèpre*, etc.

II. — *Épithéliome secondaire au lupus.*

La question en réalité assez simple de l'*épithéliome secondaire au lupus* n'est pas encore complètement sortie des difficultés histologiques,

Suite de la note des Traducteurs.

puisque, même dans le laboratoire, il subsiste encore de fréquentes divergences d'opinion sur la question de savoir s'il s'agit de déviations atypiques des produits pathologiques primitifs, ou d'épithéliomisation vraie. On continue à se demander si la lésion épigénique se développe véritablement sur le lupus proprement dit, ou sur sa cicatrice seulement, question bien difficile à résoudre, puisque tous les vieux lupus ont des cicatrices; que les lupus sur lesquels s'implante l'épithéliome sont plus ou moins anciens; et enfin qu'une cicatrice de lupus est rarement vierge de tout reliquat lupique. Voyez, sur la théorie de la cicatrice, H. Bidault, élève de Leloir, Du lupus compliqué d'épithélioma — *Thèse de Lille*, 1886, et Paul Raymond, De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VIII, 1887, pp. 157, 254 — remarquable travail, dans lequel l'auteur établit avec raison une conclusion éclectique.

III. — *Épithéliome des cicatrices.*

Cependant, le fait du développement fréquent de l'*épithéliome sur les cicatrices* est hors de contestation, cicatrices de tout ordre et de toute nature, consécutives à des traumatismes simples, à des brûlures, à des plaies de tout genre, etc., particulièrement à celles qui succèdent à des altérations de longue durée, quelquefois un temps fort long : cinquante ans — Voy. Laguaite, Épithéliome développé sur une cicatrice de brûlure datant de cinquante ans, *Lyon médical*, 1888, p. 537; cinquante-deux ans : E. Loumeau, Épithélioma développé sur la cicatrice d'une ancienne brûlure, amputation, guérison, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1882, p. 106, etc. — L'âge avancé, les irritations et les ruptures de cicatrice, les ulcérations de cicatrices, etc., comme sur la peau saine, prennent une part active au développement de l'épithéliome, la cicatrice jouant ici, au propre et théoriquement, le rôle véritable de *lieu de moindre résistance*, et facilitant l'implantation de l'agent spécifique.

La marche de l'épithéliome des cicatrices, loin d'être plus rapide que sur la peau saine, est plus lente, et la forme ulcéreuse prédomine sur la forme papillomateuse — Voy. C. Durand, De l'épithélioma pavimenteux des cicatrices, *Thèse de Paris*, 1888.

Il était fort souvent difficile, au début, de distinguer une *ulcération de cicatrice* d'une véritable épithéliomisation; on peut espérer que cette difficulté sera simplifiée dans l'avenir par la recherche des figures coccidiennes.

IV. — *Syphilis et Cancer. — Syphilis et Épithéliome.*

La fréquence des rapports qui unissent l'épithéliome à la *syphilis;* l'analogie extrême que présentent certains néoplasmes épithéliaux avec des néoplasies syphilitiques ; les confusions nombreuses qui ont été

De même enfin les plaques épithéliales grisâtres de la muqueuse de la langue, des lèvres et des joues, désignées sous le nom de psoriasis buccal (Leucoplakia buccalis, Schwimmer) considérées comme liées à la

---

Suite de la note des Traducteurs.

faites autrefois, et celles qui sont encore aujourd'hui réalisées par les médecins qui négligent *l'épreuve thérapeutique* d'une médication anti-syphilitique, donnent une importance réelle à cette question. Ce n'est pas tout : Quelques auteurs ont pensé qu'il s'établissait entre les deux altérations, un véritable *métissage*, et qu'il existait des faits *d'hybridité cancéro-syphilitique*, doctrine produite avec le talent le plus élevé par le professeur Verneuil en France, et qui est également formulée par quelques savants étrangers.

Nous ne voulons pas, dans ces *notes*, aborder une question que nous considérons comme *sans fondement;* il n'y a, pour nous, entre la syphilis et le cancer d'autre rapport que celui qu'il y a entre toutes les altérations quelconques de la peau et des muqueuses, et l'épithéliome. Celui-ci *s'implante* sur le syphilome, ou sur le tégument, là où le syphilome a réalisé des conditions favorables à son développement, et rien autre. Toutefois, voulant donner au lecteur le tableau exact de la doctrine que nous contestons, nous transcrivons ici les conclusions de la monographie de F. H. Ozenne, intitulé : Du cancer chez les syphilitiques, de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en parculier, *Thèse de Paris*, 1884 — travail dans lequel le lecteur trouvera une bibliographie complète sur la question :

« 1° L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie. — 2° Dans la cavité buccale (langue, amygdales, etc.), elle se caractérise par des signes physiques qui peuvent revêtir trois formes : — 1° Forme cancéro-scléreuse; — 2° Forme cancéro-gommeuse; — 3° Forme cancéro-scléro-gommeuse, — et par des symptômes fonctionnels particuliers; — 4° En général, le diagnostic est le plus souvent facile; il se déduit de la solution des questions suivantes : — 1° Quelle est la nature de la tumeur? — 2° Quelle est la nature de l'ulcération? — 3° Si cette dernière est multi-diathésique, quelle est la variété d'hybridité? — 4° Le traitement ioduré produit une amélioration momentanée évidente. — 5° Dans les autres régions du corps, l'hybridité se rencontre également, mais ses caractères paraissent moins nombreux et moins accusés; ils sont, d'ailleurs, en rapport avec l'état anatomique de la partie affectée. — 6° Envisagée au point de vue général, la question montre qu'il existe, dans quelques cas, une relation intime entre le cancer et la syphilis; chacune des deux diathèses, en s'influençant réciproquement, donne lieu à des manifestations hybrides. Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer la gravité. La syphilis crée des lieux de moindre résistance, qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physionomie habituelle, et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle semble en retarder pendant quelque temps la marche. Mais, plus tard, elle disparaît de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend tous ses droits. »

Ernest Besnier. — A. Doyon.

syphilis, mais pouvant survenir aussi en dehors de cette influence et qui se transforment souvent en un épithéliome (1).

---

(1) La question du « *psoriasis buccal* », de la « *leucoplaquia buccalis* », etc., etc., est trop importante au point de vue nosologique et sous le rapport pratique, pour que nous laissions le lecteur sous une impression aussi sommaire. Il est indispensabte de reprendre les choses à l'origine, et de s'expliquer sur elles en termes clairs. C'est ce que nous allons faire dans l'*Appendice* suivant, dans lequel nous étudions les *lésions hyperkératosiques blanches des muqueuses*, que, dans notre nomenclature personnelle, nous désignons sous le nom de LEUCOKÉRATOSES.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

DES LEUCOKÉRATOSES DES MUQUEUSES, ET, EN PARTICULIER, DES LEUCOKÉRATOSES BUCCALES

I

Le terme de *psoriasis buccal*, appliqué à la désignation d'une maladie *non syphilitique* de la muqueuse buccale et de la surface de la langue, est généralement rapporté à BAZIN — *Leç. théor. et clin. sur les aff. cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868, 2e édit., p. 272 — qui le décrit comme une « *variété* » du *psoriasis arthritique nummulaire* » dans les termes suivants :

« A côté du psoriasis arthritique, tel que nous venons de le décrire, nous plaçons une affection squameuse de la muqueuse buccale, que nous désignons sous le nom de *psoriasis buccal*.

Cette affection occupe la face interne des lèvres et des joues, et quelques points de la surface de la langue. Elle est formée par de petites pellicules blanchâtres, à contours tantôt unis et tantôt irrégulièrement dentelés : les pellicules, qui paraissent liées à une altération spéciale de l'épithélium et des papilles sous-jacentes, forment souvent des bandelettes étroites et longitudinales. Très adhérentes, elles font à peine saillie à la surface de la muqueuse; elles sont sèches et rugueuses au toucher, tandis que les parties voisines offrent leur état normal. Cette affection n'est pas douloureuse, mais elle occasionne une gêne continuelle, et préoccupe singulièrement les malades. Nous l'avons observé le plus souvent chez des sujets arthritiques; quelques-uns avaient eu, antérieurement, des accidents syphilitiques.

Le psoriasis buccal a une durée très longue, et il est très rebelle; nous l'avons vu persister des années sans grandes modifications; cependant, les alcalins à l'intérieur, l'hydrocotyle et les pulvérisations alcalines et à l'eau de Saint-Christau, nous ont procuré quelques guérisons. »

Nous avons tenu à reproduire de texte de Bazin parce que, sauf l'évolution terminale des formes malignes, il y a à peu près tout le nécessaire, et il n'y a pas le superflu, qui a causé, depuis, tant de confusions et d'obscurités.

On retrouvera les mêmes caractères de sobriété, et simplicité claire, dans la monographie magistrale de Debove, Le Psoriasis buccal, *Thèse de Paris*, 1873. L'auteur supprime le compromis fâcheux que Bazin avait établi entre les lésions buccales qu'il décrivait, et le psoriasis de la peau :

Page 6. — « J'adopte le nom de psoriasis buccal donné par M. Bazin à cette affection, non pas que je la considère comme identique au psoriasis de la peau, mais parce que cette dénomination donne une bonne idée de l'aspect sous lequel se présente la lésion. »

Page 23. — « Le psoriasis buccal coïncide ordinairement avec des eczémas circonscrits de la peau, et, plus rarement, avec des psoriasis de la peau. Jamais je n'ai vu un psoriasis de la face muqueuse des lèvres se continuer avec un psoriasis de la face cutanée. Enfin le psoriasis cutané ne présente, comme lésion du chorion, qu'une infiltration embryonnaire des papilles, et jamais cette cirrhose dont nous avons parlé précédemment. »

Malheureusement, en dépit de toutes ces raisons excellentes et majeures, qui disent aussi haut que possible que la maladie qu'il décrit n'est pas de la nature du psoriasis, l'auteur ne s'est pas dégagé des errements du maître, et a conservé le terme de psoriasis au sens willanique et purement analogique, et a donné à ces deux individualités distinctes une même dénomination. De là devaient résulter de nombreuses confusions, dont la trace est loin d'être éteinte aujourd'hui, car la généralité des médecins, ayant encore dans leur vocabulaire familier, le nom de « *psoriasis syphilitique* », considèrent comme syphilitiques toutes les affections de l'ordre de la maladie de Bazin et de Debove, qu'ils observent dans la bouche, et dans quelques autres points, comme la paume des mains par exemple.

Une autre circonstance aggravait les conséquences de ce double emploi, c'est que la comparaison entre diverses lésions syphilitiques de la langue ou de la bouche, et le psoriasis ou les affections squameuses de la peau, avait déjà été formulée antérieurement.

Baumès — *Préc. théor. et prat. sur les malad. vénér.*, Lyon, 1840, seconde partie, p. 449; affections syphilitiques *consécutives* de la muqueuse de la bouche — compare les lésions blanches de la langue, les plaques opalines de la syphilis secondaire, non pas au psoriasis, mais à la syphilide cutanée squameuse.

« Il y a une forme qui correspond à la syphilide squameuse, non par la présence de squames dont la formation et le séjour à la surface de la muqueuse buccale ne sont guère possibles, mais par la forme circulaire des plaques, avec élévation, gonflement, rougeur de la muqueuse qui, dans une partie, surtout de la partie centrale de ces plaques, montre l'épiderme soulevé, blanchâtre, ridé, et à sa chute une ulcération très superficielle grisâtre. Il est très probable que si l'épiderme soulevé, continuellement macéré par les fluides qui humectent la bouche, n'était pas bientôt entraîné, il formerait une véritable squame mince et assez étendue. Cette affection peut se présenter sur des points nombreux : le palais, le voile du palais, les piliers du voile du palais, les amygdales, la face interne des lèvres, des joues, les

commissures des lèvres, la langue même. Cette forme est plus tenace que les précédentes. »

Mais, plusieurs années avant Bazin, le professeur Sigmund — *Aertzl. Ber. a. d. allg. Krankenh.*, Wien, 1863, p. 126, — avait produit le mot de « *psoriasis lingual* ».

« Dans quelques cas de syphilis buccale, la rougeur de la muqueuse est moins marquée, et l'épithélium est trouble ou fait défaut par places. On constate sur la langue quelques îlots d'infiltration, caractérisés par une consistance dure au toucher, et par des *taches lisses et laiteuses*. Ces lésions, comme les érosions irrégulières de la langue à leur voisinage, donnent à l'organe un aspect spécial qu'on ne peut mieux exprimer que par le terme de PSORIASIS LINGUAL, *car la desquamation en est la véritable caractéristique* ». (Trad. franç. de P. Merklen, dans sa remarquable Revue critique, le *Psoriasis buccal*, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IV, pp. 157, 216.)

On aura, dans cet exposé, remarqué que non seulement le mot de *psoriasis lingual* était déjà adapté à des lésions « syphilitiques » de la langue au moment où Bazin a cru l'employer le premier, mais encore que le *caractère desquamatif* est la raison majeure de la dénomination adoptée par Sigmund, alors que, pour Vidal et pour Fournier, par exemple, « la *véritable caractéristique* SYPHILITIQUE » de Sigmund, la desquamation, est *au contraire* avec l'aspect nacré, le signe pathognomonique du « psoriasis NON syphilitique ».

Peu après Sigmund, et *avant* Bazin, Kaposi — *Die Syph. d. Schleimhaut der Mund — Rachen —, u. Kehlkopfhöhle*, Erlangen, 1866, p. 83 — également à cause de son analogie avec le psoriasis de la peau, appelait « *psoriasis mucosæ oris et linguæ* » l'ensemble des lésions blanches de la muqueuse buccale qu'il considérait, toutes, comme syphilitiques. Ultérieurement dans son *Atlas*, et dans son *Traité*, 1874 et 1881, il réserva l'appellation de psoriasis aux lésions *premières* de la syphilis, et appela *kératosis* le psoriasis buccal des Français, tout en le considérant toujours comme la *suite*, le *reliquat* du « psoriasis » (syphilitique). C'est seulement dans l'édition actuelle, celle que nous traduisons, que l'auteur a ajouté que le « psoriasis buccal » (leucoplakia de Schwimmer) « *peut aussi* » survenir en dehors de la syphilis.

Avec Mauriac, 1873, 1874, — Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale, *Union médicale* et *Tirage à part*, — le « psoriasis » devient une dénomination willanique et analogique, comme pour Debove, mais avec une conception éclectique beaucoup plus étendue, et tout à fait bazinienne :

« Cette dermo-phlegmasie superficielle chronique aboutissant à une hypercrinie de ses éléments normaux de sécrétion, qui n'obéissent plus à leur mutation incessante, s'accumulent au lieu de s'éliminer et se condensent en squames : qu'est-ce que cela sinon le psoriasis?

On a donc eu raison de désigner l'affection qui nous occupe par le nom de psoriasis. »

Pour le savant auteur de ce très remarquable travail, il y a un « psoriasis » syphilitique, arthritique, dartreux, épithéliomateux, et ces derniers peuvent survenir chez les syphilitiques.

Ce n'est pas tout : Depuis Samuel Plumbe — 1837 — et Hulke — 1864, — *cit. Fairlie* Clarke, *Brit. med. Journ.*, 1874, jusqu'à l'heure présente, par une raison analogique encore moins justifiée, beaucoup de médecins anglais appellent « *ichthyosis linguæ* » la maladie décrite par Bazin sous le nom de « *psoriasis buccal.* Cela ne les empêche pas de la bien connaître, de ne l'avoir pas confondue avec les syphiloses linguales comme dans d'autres pays, et d'avoir signalé, les premiers, la termination cancéreuse de la maladie squameuse — Voy. Negligan : Notes on an usual abnormal condit. of the muc. membr. of the tongue and cheeks, in connexion with life insurances, *Dubl. quart. Journ. of med. Sc.*, 1862; Fairly Clarke, Cas de l'affection appelée *ichthyosis linguæ*, et Henry Morris, Ichthyosis linguæ, suivi de l'épithéliome de la langue, *Brit. med. Journ.*, 1874, avec la discussion à la Société royale des méd. et des chir. de Londres, Trad. franç., par Mauriac, *loc. sup. cit.*

Enfin, il faut encore compter avec la dénomination de *tylosis linguæ* — Ulmann, 1858, Bayerisches ärtzl. Intelligenzblatt, — reprise par Fairlie Clarke, *loc. sup. cit.*, et appliquée à la forme kératosique de la maladie de Bazin, à la *forme intermédiaire* de Schwimmer, et dans laquelle d'autres auteurs voient une *espèce* différente — Cf. C. Lailler, Leçons sur quelques affections cutanées, *France méd.*, 1877, et *Tirage à part*, p. 56, — pour désigner une affection qui serait distincte de l'« *ichthyosis* », caractérisée par des plaques dures, cornées, verruqueuses, très adhérentes, au-dessous desquelles la muqueuse est ulcérée. « La guérison survient en s'accompagnant de cicatrices. Enfin, *contrairement au psoriasis*, on observe souvent dans ces cas une transformation en épithélioma. »

Voilà le lecteur au cœur de la question : Même en lisant les auteurs contemporains, il ne devra jamais donner aux mots *psoriasis, ichthyosis, tylosis linguæ*, de signification définie, avant de s'être assuré de la doctrine de l'auteur. Il ne sera même pas affranchi de cette précaution à l'égard des dénominations dont il nous reste à parler.

II

Le terme de « *plaques blanches* » de la bouche, plaques blanches des fumeurs, plaques nacrées commissurales — Devergie, Buzenet, Fournier, — avait déjà été employé, mais peu à peu exclusivement réservé aux lésions rapportées à l'usage ou à l'abus du tabac; mais c'est à Ernst Schwimmer — Die idiop. Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leukoplakia buccalis, *Viertelj. f. dermat. D. Syph.*, 1877, p. 511, — qu'est due la constitution d'un mot *descriptif* spécial pour désigner la maladie de Bazin et de Debove, et faire cesser définitivement le compromis fâcheux établi avec le psoriasis de la peau, *Leukoplakia, leucoplaquia*, — λευκος, πλαξ (plaque). Ce travail de l'éminent professeur

de Budapest est des plus remarquables ; son action sur le progrès de la question a été décisive. L'auteur n'y est pas très tendre pour les idées françaises sur les diathèses « bei den Franzosen noch heute beliebten Schlagworte » (mots sonores aimés des Français). MERKLEN, *loc. sup. cit.*, p. 218, a justement signalé le non fondé de cette critique humouristique; mais nous savons assez les sentiments sympathiques de l'auteur à l'égard de la science française, pour n'y voir qu'une impression aujourd'hui effacée, et nous n'en rendons pas moins justice à son travail remarquable, qui a été accueilli avec une faveur si méritée au Congrès international de Londres, en 1881 — Voy. *Transact. of the internat. med. Congress*, 1881, p. 171 ; *Discussion :* Hillairet, Kaposi, Vidal, Morrant-Baker, Clément Lucas, Behrend, Duncan-Bulkley, Erasmus Wilson; p. 173-175. Voir aussi : *R. Winternitz, zur Casuistik der Fleckenaffectionen der Zunge.* (Vierteli. f. Dermat. u. Syphilis, 1887, p. 737.)

En 1883, Vidal proposa la dénomination, aussitôt acceptée, de *Leucoplasie*, plus euphonique, et à laquelle il donne comme étymologie λευκος, πλασσειν (former); il sépare complètement la maladie de la syphilis d'une part, et de l'autre des *plaques des fumeurs*, et il lui reconnaît de grandes affinités avec la diathèse arthritique.

Il ne nous reste plus qu'à donner la dénomination que nous avions inscrite dans la première édition de cette traduction — T. II, p. 329, note 1 — *Stomatite et glossite épithéliales chroniques*, et que nous avions proposée de nouveau en 1885 — Voy. E. BESNIER, *Rapport à l'Académie de médecine* sur un travail de GUINAND, de Rive-de-Gier, De la syphilis des verriers, etc. — Toutes ces lésions, qui répondent aux termes d'ichthyose de la langue, de psoriasis buccal, de plaques blanches des fumeurs, plaques argentées des verriers, leucoplaquia, leucoplasie sont, en réalité, des manifestations identiques d'une forme particulière d'irritation chronique de la muqueuse buccale et de la langue, ainsi que de la surface muqueuse de l'ostium génital de la femme, laquelle peut *naître des causes les plus variables d'irritation*, affection chronique qui, dans son terme le plus avancé, franchit les limites du derme muqueux et aboutit à l'épithéliome proprement dit — *glossite* et *stomatite*, *vulvite*, *épithéliales*, *chroniques*, *superficielles ou profondes*.

III

Voilà le terrain un peu déblayé, et l'on entrevoit qu'il existe bien positivement, en dehors des *syphilides blanches* de la langue, des lésions *indépendantes*, qui se caractérisent par des *altérations* blanches, des *plaques* blanches, des *formations* blanches, à la période avancée desquelles il se développe, quelquefois, des productions épithéliomateuses *mali moris*.

Au delà de ce point, la complication commence : D'une part, en effet, toutes les affections blanches de la langue, *non syphilitiques*, ne sont pas tellement différentes de celles qui sont syphilitiques, que l'on puisse

toujours en faire le diagnostic objectif, et, de l'autre, parmi les affections blanches, *il y en a de plusieurs sortes*, et, quoique l'on en ait pu dire, il n'existe, ni dans la localisation sur la langue, à la commissure, etc., de particularité absolument caractéristique, ni dans la desquamativité, etc., de caractère pathognomonique. Nous possédons des observations de plaques blanches *syphilitiques*, prises par les observateurs les plus compétents pour des plaques idiopathiques, et inversement, de même que nous avons des faits de plaques blanches *commissurales* répondant au type de la « plaque des fumeurs » chez des sujets n'ayant jamais fumé, etc.

Cependant ce sont, *toutes*, des plaques blanches (*leucoplaquia*); quelques-unes sont sous-tendues par une prolifération dermique, et toutes comportent une « formation » pathologique blanche (*leucoplasie*), elles méritent donc toutes, *génériquement*, l'une ou l'autre, ou l'une et l'autre, ces deux dénominations.

C'est bien, si nous ne nous abusons, la conclusion à laquelle arrive Fournier par les paroles suivantes : — *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 161, 162 — « Il faut dissocier le type leucoplasique et, à côté du type leucoplasique vrai, la leucoplasie de Debove, de Mauriac, distinguer d'autres états leucoplasiques distincts. »

Cependant Vidal proteste ; et — *eodem loco*, p. 165 — il déclare expressément que la « *leucoplasie* », la maladie de Bazin, de Debove, de Mauriac, de Schwimmer, est une maladie parfaitement *fermée*, et que c'est un abus de se servir du mot leucoplasie pour désigner les plaques blanches des fumeurs, les plaques argentées des verriers, les plaques blanches des syphiloses linguales, etc. Cependant, ainsi que nous venons de le dire, dans tous ces cas, qui ne sont pas du type idiopathique supposé pur, il y a des *plaques* et des *formations* blanches, et les termes de leucoplaquia et de leucoplasie qui sont, l'un purement graphique, l'autre qui indique seulement « la formation » blanche, la néoplasie blanche, n'ont aucune signification *exclusive* qui permette de les *monopoliser* pour une affection blanche, plutôt que pour une autre.

En réalité, les termes de leucoplaquia et de leucoplasie remplacent, avec avantage, le mot de « psoriasis », mais ils ne font rien autre; s'il y a une leucoplaquia, ou une leucoplasie, idiopathiques, il y a d'autres *espèces* de leucoplaquia ou de leucoplasie qui peuvent être très suffisamment distinguées par des *qualificatifs appropriés :* leucoplasie syphilitique, leucoplasie *simple ou idiopathique*, leucoplasie *des fumeurs*, *des verriers*, etc., etc.

Ce serait prendre le change, et outrepasser le droit, de supposer que l'opposition faite ici soit égale à celle qui a été faite au terme de « psoriasis. ». Celui-là était un mot précis, servant à désigner une *maladie de la peau classée;* il n'avait de signification disponible, ni facultative. Il n'en est pas de même des termes de leucoplaquia ou de leucoplasie, qui n'ont pas d'antécédent de ce genre, et dont la signification, purement graphique et générale, rend l'adaptation inévitable à plusieurs objets répondant à leur composition étymologique.

IV

Quoi qu'on en ait pu dire, un caractère élémentaire, supérieur et commun, réunit naturellement toutes ces affections *blanches* des muqueuses; c'est le trouble de la fonction épithéliale — *kératose*, dyskératose, hyperkératose. Anatomiquement, elles sont toutes des kératoses, et objectivement des *kératoses blanches*. C'est pour cette raison que nous avons adopté pour les désigner dans leur ensemble, au lieu des mots leucoplaquia et leucoplasie, la dénomination générale de LEUCOKÉRATOSES — *Leucokératoses des muqueuses, buccales, linguales, vulvaires.*

Loin d'en faire un terme *fermé*, exclusif à un genre, à une espèce, à une forme, ou à une variété déterminées de kératose, nous déclarons, au contraire, que la désignation de *leucokératose* reste *ouverte*, pour s'appliquer, non seulement aux affections déjà qualifiées, mais encore à la série nombreuse des faits complexes, compliqués, dont la détermination demeure ambiguë, et dont les caractères anatomiques ou cliniques ne sont pas encore définitivement fixés.

Ce sera, si l'on veut, un groupe *provisoire*, à l'étude, réunissant tous les faits d'*hyperkératose blanche* des muqueuses de la bouche et de la langue sous le titre général de LEUCOKÉRATOSES BUCCALES OU LINGUALES, les unes syphilitiques directement par l'objectivité et par l'action thérapeutique, les autres développées chez des anciens syphilitiques, mais objectivement douteuses, et ne subissant pas l'action du traitement antisyphilitique — *leucokératoses buccales syphilitiques* et *parasyphilitiques;* les autres semblant être la première expression d'un état morbide diathésique — *leucokératoses buccales simples*, *idiopathiques*, *diathésiques*, etc., quelques-unes notamment en rapport avec des abus réels de tabac, une profession déterminée, le mauvais état de la dentition, l'action d'un dentier, etc., — *leucokératoses des fumeurs*, *des verriers*, *dentaires*, etc.

Cliniquement, à part les faits simples et nettement qualifiés que nous venons d'indiquer, il existe parmi les leucokératoses du tabac, de la syphilis ou de la « diathèse arthritique », ou de quelque autre cause que ce soit, toute une série de cas *intermédiaires*, *mixtes*, dans lesquels aucun des caractères qui ont été donnés — *desquamativité*, *localisation*, *prédominance de la lésion épidermique sur l'épaississement dermique*, etc., — ne suffit à établir, directement et absolument, la *nature* de l'affection; et pour lesquels l'enquête *indirecte*, si le sujet est, *à la fois*, comme cela arrive sans cesse, arthritique, fumeur et syphilitique, est impuissante à déterminer la part de chacun de ces éléments. Ces faits sont si communs dans la pratique, que chaque cas nouveau est un problème à résoudre, dont la solution positive doit être demandée à l'épreuve thérapeutique, même par les observateurs les plus versés dans l'étude de ces faits.

Aussi, surtout pour les médecins de pratique générale qui n'ont pu

faire de ces questions une étude spéciale, ou qui n'ont pu acquérir encore une expérience personnelle étendue, il est impossible de demander tout le diagnostic à l'objectivité. En présence de chaque cas particulier, il faut faire l'enquête sur les antécédents du sujet, les conditions d'irritation auxquelles a pu être soumise la muqueuse buccale, et enfin recourir à l'épreuve thérapeutique avec la surveillance, et avec l'énergie nécessaires, si la syphilis a existé antérieurement.

V

L'étude anatomique des leucokératoses buccales, brillamment inaugurée par Debove, et continuée — *loc. sup. cit.* — par Schwimmer, E. Vidal, puis par H. Leloir — Note s. l'anat. path. et l'anat. du Psoriasis lingual, *Bullet. de la Soc. anat.; Progrès médical*, 1883; et *Arch. de Physiol.*, 1887, p. 86, pl. V et VI, etc.; — a apporté de grands éclaircissements à la notion générale des leucokératoses buccales.

Leloir et Vidal ont montré la différence essentielle qui sépare anatomiquement, le « psoriasis buccal » du psoriasis de la peau : tendance à la dékératinisation dans le psoriasis cutané, hyperkératinisation dans le « psoriasis » buccal; dermite scléreuse dans celui-ci, pas de dermite à tendance scléreuse dans le psoriasis cutané.

Au début — Leloir, 1883, *loc. sup. cit.*, — les lésions épidermiques sont la cutisation de la muqueuse; l'épiderme muqueux présente les caractères de l'épiderme cutané (existence d'une couche granuleuse riche en éléidine, etc.) et s'hypertrophie (hyperkératinisation); augmentation énorme de la couche granuleuse, épaississement de la couche cornée, fortement remplie, dans ses parties inférieures, d'éléidine de Ranvier.

A une seconde période — Leloir — il se produit sur les plaques ou sur leurs bords, des ruptures, *fissures,* traversant le corps muqueux et pouvant atteindre le corps papillaire (comme dans l'eczéma, le psoriasis, etc.), et alors apparaissent les lésions phlegmasiques de l'épiderme et du derme, les cellules migratrices ; puis la tendance à la dékératinisation, l'exfoliation, la desquamation, la mise à nu des surfaces malpighiennes et dermiques, l'exulcération, l'ulcération; enfin l'infiltration du derme, son épaississement, l'altération des glandes sous-muqueuses — Schwimmer et Babès; Leloir — pouvant contribuer à expliquer la sécheresse des parties malades.

Enfin à la dernière période — Debove, Nédopil, Kaposi, Schwimmer, Vidal, Leloir, etc., — épaississement et sclérose du derme même à une certaine distance des plaques proprement dites; puis atrophie scléreuse des vaisseaux d'abord dilatés, dissociation, compression et atrophie des fibres musculaires — Leloir.

— Dans les leucokératoses auxquelles la syphilis a pris directement part — *leucokératoses parasyphilitiques*, *mixtes*, etc., les altérations anatomiques présentent-elles des particularités décisives, distinctes? Cela est peu vraisemblable. Toutefois, il peut être utile de reconnaître des nuances distinctives ; et on y peut parvenir dans la mesure sui-

vante indiquée par Leloir dans ses *Leçons cliniques* de 1888, et dont il a bien voulu nous donner le sommaire :

« Dans la *Leucoplasie buccale* (?) *syphilitique*, l'infiltration de cellules rondes est beaucoup plus prononcée et plus profonde, et se fait souvent en îlots.

« Il y a souvent tendance à la production de tissu scléreux, — cette sclérose est toujours plus accentuée, plus profonde également que dans la leucoplasie non syphilitique ou vraie ; — elle dissocie et étrangle fréquemment les plus musculaires.

« Il y a presque toujours, j'oserai dire toujours, des lésions vasculaires, surtout de l'endartérite oblitérante avec sclérose et épaississement des parois du vaisseau. Ces lésions vasculaires sont exceptionnelles dans la leucoplasie non syphilitique, et en tous cas toujours beaucoup moins prononcées.

« L'hyperkératose de l'épiderme muqueux est en général bien moins prononcée dans la leucoplasie (?) syphilitique que dans la leucoplasie vulgaire. Souvent même il y a amincissement notable de l'épiderme qui est fort atrophié, et réduit même à deux ou trois rangées de cellules peu nettes et mal colorées par le carmin.

« Les lésions des glandes m'ont paru plus fréquentes et plus accentuées dans la leucoplasie (?) syphilitique que dans la leucoplasie vraie. »

VI

Revenant au point d'où nous sommes partis, les *rapports de l'épithéliomatose linguale* avec les *leucokératoses buccales*, nous trouvons une difficulté encore incomplètement résolue : l'épithéliome lingual qui succède à une leucokératose buccale n'est-il qu'*une période* plus avancée de la lésion, *une terminaison?* Ou bien est-il seulement *une association*, *une complication*, *un accident* de la leucokératose? D'autre part, parmi les leucokératoses, en est-il quelques-unes à la suite desquelles la période ou la complication épithéliomateuses apparaissent plus particulièrement, sinon exclusivement ?

Les notions anatomopathologiques, fournies jusqu'à présent, ne sont pas favorables à l'idée d'identité primitive de nature entre les leucokératoses et l'épithéliomatose, laquelle ne serait qu'un accident, une complication ; elles concordent, il faut le dire, avec l'opinion la plus générale des chirurgiens et des médecins. — Voici, d'abord, le résultat des recherches de Leloir, textuellement.

« D'après les faits qu'il m'a été (Leloir) donné d'observer, jamais l'épithéliome n'a débuté au niveau des surfaces hyperkératinisées, lorsque celles-ci demeuraient hyperkératinisées.

Il a débuté au niveau des régions dékératinisées (exulcérations consécutives à la desquamation), dans un cas. Dans trois autres cas, j'ai pu nettement constater son début au niveau des fissures ou crevasses. Dans un cas, je l'ai vu débuter au niveau d'un petit papillome. Enfin, dans le dernier cas, l'épithéliome était déjà trop ancien et étendu pour qu'il me fût permis de songer à rechercher son point d'origine. *Lorsque l'épithéliome débute au niveau d'une exulcération*, voici ce qu'on observe : nous avons vu que, dans les périodes avancées du mal (périodes où apparaît l'épithéliome), le corps de Malpighi, bien que très aminci (par endroits), n'en envoie pas moins en plusieurs

points des prolongements assez considérables dans le derme enflammé sous-jacent.

Ces prolongements ne tardent pas à s'hypertrophier encore davantage, formant des bouchons, des prolongements plus ou moins ramifiés qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans le derme. Ces prolongements en néoformation active constituent l'épithéliome.

Plus souvent, au contraire, l'épithéliome m'a paru se développer au niveau d'une fissure, d'une crevasse.

Dans ce cas, on observe manifestement une tendance à la prolifération des cellules du corps de Malpighi constituant les parois de la crevasse.

Cette tendance à la prolifération gagne les cellules du voisinage, et bientôt on voit partir de ce foyer irritatif des prolongements épithéliaux plus ou moins ramifiés qui pénètrent dans le derme enflammé (Pl. V, *fig.* 3). C'est l'épithéliome au début. A cause de l'infiltration dense du derme muqueux par les cellules embryonnaires, il est parfois assez difficile de voir le mode de développement de l'épithéliome. Mais un examen minutieux, si l'on a eu soin d'étudier les coupes histologiques *seriatim*, permettra toujours de s'en rendre compte.

Quel que soit le point de départ de l'épithéliome, on constatera toujours, dans les cas précédents, que celui-ci se montre au niveau des régions dékératinisées (fissures, ulcérations). Les surfaces hyperkératinisées s'arrêtent net, brusquement, au niveau des régions en dégénérescence épithéliomateuse. Couche cornée hypertrophique, couche granuleuse épaissie et chargée d'éléidine, corps de Malpighi à prolongements interpapillaires courts comme au niveau de la peau, cessent brusquement au niveau du foyer épithéliomateux.

En ce point, il n'y a plus ni couche cornée, ni couche granuleuse, mais en revanche les prolongements plus ou moins rares que le corps de Malpighi enfonce dans le derme sont énormes, profonds.

Dans d'autres cas, il existe une couche présentant au premier abord l'aspect de la couche cornée, mais en différant, à un examen attentif, par ce fait que la majorité des cellules qui constituent cette couche sont pourvues d'un noyau et d'un protoplasme nettement colorables par le carmin, ce qui, ainsi que je l'ai montré avec E. Vidal (*Société de Biologie*, 1882), est un indice certain de dékératinisation.

Il y a comme invagination du processus; l'épithéliome, au lieu de croître en surface et de se cornifier, se dékératinise mais pousse en profondeur.

Dans un cas, l'épithéliome (tout à fait au début) se développait au niveau d'une petite saillie papillomateuse d'apparence cornée.

Je saisis l'occasion pour dire deux mots de la structure de ces *saillies papillomateuses* d'apparence cornée, dont j'ai pu recueillir trois échantillons sur des muqueuses atteintes depuis longtemps de leucoplasie buccale. Leur étude appartient au chapitre B. Elles sont constituées par une hypertrophie et un allongement notable des papilles du derme (contrairement à ce qui se passe au niveau des surfaces leucoplasiques hypertrophiées). Le corps de Malpighi qui recouvre cette couche papillaire du derme hypertrophique, mais très peu infiltrée de cellules embryonnaires, envoie entre ces papilles de grands prolongements hypertrophiques ramifiés, présentant parfois à leur centre des globes épithéliaux non cornifiés.

Ce corps de Malpighi se trouve directement recouvert par une couche d'apparence cornifiée à un examen superficiel, mais renfermant une grande quantité de cellules dont le noyau et le protoplasme sont nettement colorables par le carmin. Entre le corps de Malpighi et cette couche parfois assez épaisse, mais se détachant avec une certaine facilité, il n'y a ni couche granuleuse, ni stratum lucidum.

L'épithéliome, développé aux dépens de ces papillomes dont je parle plus haut, provenait de la multiplication et de la prolifération excessive des cellules épithéliales constituant les prolongements interpapillaires hypertrophiques du corps de Malpighi du papillome.

Quel que fût son mode d'origine dans les cas dont j'ai pratiqué l'examen histologique, l'épithéliome compliquant la leucoplasie buccale était un *épithélioma pavimenteux lobulé* renfermant quelques globes épithéliaux, mais des globes non kératinisés ou colloïdes. Un certain nombre des cellules de ces épithéliomes avaient, sous l'influence de l'irritation, subi une altération cavitaire, ou présentaient des signes de dégénérescence colloïde.

En somme, en vieillissant, la leucoplasie buccale, affection hyperkératinisante au début, tend à se dékératiniser sous l'influence des causes diverses dont nous avons parlé plus haut et parmi lesquelles l'irritation secondaire à la production des fissures et d'exulcérations (conséquences directes de l'hyperkératinisation du début) joue un rôle important. Cette irritation amène aussi parfois la production des saillies papillomateuses qui dégénèrent facilement en épithélioma. On peut dire en quelque sorte que l'épithéliome n'est que la conséquence indirecte de la leucoplasie. Comme l'a justement fait observer, au point de vue clinique, le professeur Trélat (*Société de chirurgie*, 1875), l'épithélioma n'est qu'un accident dans le cours du psoriasis buccal, et non la deuxième période d'une même maladie dont la première période serait la leucoplasie. Les faits anatomo-pathologiques précédents viennent donner à cette opinion la consécration histologique. »

Malgré les faits si précis énoncés par Leloir, nous ne devons pas oublier que l'histologie pure est impuissante à dénoncer la *nature* d'un processus, à toutes ses phases, et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour pouvoir parler *positivement* de ces choses ; la bactério-histologie commence à peine à savoir découvrir les microorganismes pathogènes là où l'histologie s'abusait hier, et s'abuse peut-être encore aujourd'hui, en prenant pour des *cellules dégénérées* ou *transformées*, etc., des cellules occupées par les microorganismes, ou ces microorganismes eux-mêmes (?) D'autre part, l'histoire générale de l'épithéliomatose nous porte personnellement à penser que la phase maligne de ces affections n'en est pas nettement séparée, et qu'elles n'en constituent, au moins dans quelques cas, qu'une période. Il appartient aux recherches ultérieures de fixer ce point, qui est *insoluble* dans l'état *actuel* de l'histoire du cancer, à savoir si la leucokératose buccale, surtout alors qu'elle est idiopathique, n'est pas déjà le premier degré, constitué, de l'épithéliomatose.

Si l'on objecte que la leucokératose, avec ses fissures, ses solutions de continuité, ou ses altérations de l'épiderme, etc., peut-être simplement, soit une condition irritative, soit même la porte d'entrée d'un élément spécifique épithéliomatogène, d'un parasite quelconque, nous ferons remarquer l'extrême rareté de l'épithéliomisation d'un grand nombre d'autres lésions de la langue – simples (eczéma lingual, glossite exfoliatrice, etc.) — *spécifiques* (syphilides, léprides, tuberculoscrofulides, etc., etc.) — comparée à son extrême fréquence dans les leucokératoses prises en bloc.

Enfin, s'il est vrai que, parmi les leucokératoses, celle qui est « idiopathique » a plus fréquemment que les autres une terminaison épithé-

liomateuse, il est aussi certain, trop certain, que la même terminaison peut s'observer dans les leucokératoses *mixtes*, les plus ordinaires. Voyez, et lisez en entier, la relation, remarquable à tous égards, d'un cas traité avec succès par notre élève distingué Léon Perrin (de Marseille) — Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale ; décortication de la langue par le thermocautère ; guérison ; pas de récidive deux ans après l'opération (Étude histologique par Marfan, *Comptes rendus du Congrès de dermatologie de Paris* en 1889, p. 135. — Le malade de Perrin présentait un de ces cas, inextricables pathogéniquement, que nous appelons « *cas mixtes* » ; il était « *fils d'arthritique, peut-être de cancéreux ; arthritique lui-même; c'est un ancien syphilitique qui a eu, pendant deux ans, des plaques muqueuses buccales traitées par les cautérisations de nitrate d'argent... ; il s'est adonné à l'usage des boissons alcooliques, et il a fait des excès de tabac !* »

On est donc forcé de reconnaître que toutes les *leucokératoses* — nous nous ne disons pas *toutes* les *lésions* — buccales ou linguales peuvent aboutir à l'épithéliomatose, qu'elles soient idiopathiques, simples, nicotianiques, alcooliques, dentaires, etc., ou qu'elles se soient développées chez des sujets ayant eu des lésions buccales syphilitiques — *leucokératoses parasyphilitiques.*

Un dernier point : Schwimmer a séparé, avec soin, des *formes bénignes* et des *formes malignes* de la leucoplaquia, une variété néoplasique intermédiaire qui ne devient pas nécessairement infectieuse. Mais, le savant professeur de Budapest le reconnaît lui-même, les cas qui constituent cette variété sont des *exceptions ;* toutes les fois où le derme est vraiment infiltré, et où s'est produit l'état papillomateux, papillaire, la plaque langue de chat, il est, pour nous, malheureusement probable que l'épithéliomatose *est faite.* Les recherches de Marfan sur le malade de Perrin sont démonstratives : voici leur résumé *comparé* sur les plaques lisses, et sur les plaques papillomateuses.

a.) *Étude histologique*, par Marfan, *des portions* qui n'ont pas *à l'œil nu, l'apparence papillomateuse :* Infiltration de la muqueuse, traduite par l'infiltration embryonnaire du derme, la prolifération de l'épithélium, et par une déviation du processus normal de kératinisation ; l'éléidine qui, d'après Ranvier, ferait défaut à l'état normal, apparaît en abondance; mais il semble qu'elle soit incapable d'aboutir à la kératinisation vraie, puisqu'on la retrouve sous sa forme d'éléidine, jusque dans la couche superficielle.

b.) *Étude histologique des parties qui présentaient, à l'œil nu, une apparence papillomateuse très accusée.* — Il est certain que, dans ces portions d'apparence papillomateuse, il y a déjà dégénérescence épithéliale.

Les globes épidermiques, les bourgeons épithéliaux, qui ont pénétré dans le derme, en sont la preuve. Mais il semble qu'on n'ait, en définitive, qu'une exagération du processus précédent : il y a, ici, aussi, prolifération de l'épithélium, et déviation du processus de kératinisation qui aboutit à la formation de globes épidermiques, d'une part, et à la formation d'un stratum cornéum typique, d'autre part. »

Nous en avons maintenant dit assez pour bien préciser les termes de

la question au point où elle est arrivée aujourd'hui ; il appartient aux recherches ultérieures de la mener plus avant dans la direction de la vérité. Nous avons hâte de revenir au côté actuel et pratique en exposant rapidement les principes du pronostic et de la thérapeutique des leucokératoses de la bouche et de la langue.

VII

Le *pronostic* des leucokératoses est au nombre des plus difficiles et des plus délicats que l'on puisse avoir à porter tant il est variable selon les formes, la localisation, la période, les conditions causales et individuelles de tout ordre, etc.

a). *Pronostic selon les formes.* — A côté du *type achevé,* dont la notion est bien connue et dont la gravité pronostique est toute spéciale comme nous allons le dire, il existe des *formes ébauchées,* abortives, imparfaites, incomplètes, soit par nature, soit parce qu'elles sont récentes ; il faut savoir les *rechercher* et les *découvrir* tant il importe de les reconnaître à leur début. Ce sont ces *formes frustes* ou incomplètes, ou jeunes, ou bénignes de nature, que Paul Bénard — Voy. Cont. à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle (Psoriasis buccal de Bazin) et de son traitement hydrominéral, *Annales de la Société d'hydrologie, Paris,* 1887, et *Tirage à part;* et *Des stomatites et glossites leucoplasiques,* etc., 1890 — a réunies sous le nom de *formes atténuées* et de *variétés atypiques,* dont il a donné une description sobre et précise qui mérite d'être reproduite.

Forme atténuée. — « Si les phénomènes initiaux du type fondamental sont en général enveloppés d'une certaine obscurité, ceux qui accompagnent le début de la forme atténuée de la stomatite sont absolument insaisissables. L'affection s'établit lentement, insensiblement, sans qu'il soit possible, pendant un temps considérable, de savoir si l'on a affaire à une simple susceptibilité physiologique, ou à un état véritablement pathologique.

Une faible turgescence des papilles de la langue, avec hyperhémie légère de la muqueuse buccale et accentuation des sillons normaux de la langue, tels sont les phénomènes que l'on rencontre souvent chez les fumeurs ou chez les individus qui sont soumis aux conditions spéciales sous l'influence desquelles se développe généralement la stomatite épithéliale chronique. Mais ces phénomènes sont ordinairement si peu marqués et peuvent rester si longtemps stationnaires, sans donner lieu aux formations leucoplasiques, que ce processus banal ne peut guère être considéré déjà comme un premier degré de l'affection.

Le plus souvent, c'est par hasard et peut-être dans bien des cas, à une époque très éloignée de son début, que l'affection est reconnue. Dans le cours d'une maladie accidentelle, on remarque que la langue est blanche, ou d'un gris terne. Une purgation prescrite pour remédier à l'embarras supposé des voies digestives ne modifie en rien cette coloration, dont la persistance finit par éveiller l'attention. D'autres fois, ce ne sont que les complications ou les symptômes fonctionnels de la maladie qui révèlent son existence.

Lorsqu'on examine la langue de plus près, on voit que les papilles sont uniformément hypertrophiées, plus ou moins pâles, et décolorées. Il faut essuyer la muqueuse et étaler la surface de l'organe pour constater les mo-

difications pathologiques survenues dans sa couche épithéliale. Celle-ci, malgré son épaississement plus ou moins appréciable, continue à revêtir *isolément* la surface de chaque papille. C'est dans le fond des sillons formés par l'interstice des papilles qu'il faut rechercher la coloration nacrée pathognomonique. La leucoplasie est moins apparente et moins épaisse sur les papilles elles-mêmes.

Ce n'est guère que vers la base ou dans la région médiane de l'organe que le prolongement épidermique des papilles peut acquérir parfois un développement considérable. La coloration blanchâtre est alors généralement remplacée, dans ces régions, par une teinte jaunâtre ou même verdâtre, comme saburrale. L'hypertrophie n'altère pas très notablement la forme des papilles. Cependant les fongiformes, qui ne sont pourtant pas les moins volumineuses à l'état normal, ne peuvent souvent plus être reconnues, soit qu'elles aient été étouffées et recouvertes par les papilles filiformes, sur lesquelles semble prédominer l'hypertrophie.

Indépendamment de la desquamation insensible, qui s'opère uniformément sur toute la surface de la muqueuse, nous avons vu dans cette forme, plus souvent que dans la précédente, apparaître, surtout à la partie antérieure de la face dorsale de la langue, de petites lésions dont nous n'avons pas encore rencontré de description satisfaisante. Ce sont de petites surfaces desquamées, qui ne paraissent pas résulter de la rupture d'une vésicule d'un volume appréciable, et qui, d'autre part, semblent bien distinctes des disques de desquamation que M. Mauriac rattache au lichénoïde lingual de Gubler. Leurs contours sont nettement circulaires et bien dessinés, comme si la lésion était faite à l'emporte-pièce. Il n'est pas rare de voir leurs bords diversement colorés par les substances alimentaires dont ils ont tendance à s'imprégner. La coloration du fond de ces surfaces est toujours un peu rougeâtre, en raison de l'amincissement de la couche épidermique qui laisse mieux voir par transparence la couleur de la muqueuse, généralement un peu irritée. Mais le plus souvent le chorion n'est pas véritablement dénudé et c'est tout au plus si l'on pourrait caractériser cette lésion du nom *d'exulcération épidermique*. Leur dimension, comparable au début à celle d'un grain de millet, finit bientôt par acquérir celle d'une lentille. Leurs bords deviennent alors moins nets, et l'on voit apparaître à leur centre un petit îlot épithélial qui s'étend insensiblement jusqu'à réparation intégrale de cette légère perte de substance.

Les fissures de la langue s'observent aussi dans cette seconde variété, mais elles s'y présentent généralement avec des caractères spéciaux. Ce sont plutôt des rides ou des plis, qui paraissent résulter d'un accroissement de la muqueuse en superficie et qui, par conséquent, peuvent être comparés à ceux qui se produisent sur les régions du tégument externe devenues le siège d'une dermatose invétérée. Le sillon normal médian s'accroît d'abord en profondeur, puis en étendue. Il devient tortueux, se brise en zigzag, en même temps que d'autres sillons longitudinaux ou obliques se montrent sur les côtés de la face dorsale et sur les bords de la langue. Malgré leur profondeur souvent considérable, ces sillons sont peu apparents, car le niveau des surfaces, qu'ils circonscrivent, n'est pas toujours sensiblement modifié, et ils seraient souvent masqués par l'accolement des papilles, qui surmontent leurs bords libres, si l'on ne prenait le soin d'étaler la muqueuse. Ces sillons peuvent aussi s'ulcérer comme les fissures du type précédent, dont ils ne diffèrent plus alors notablement.

Tels sont les principaux symptômes objectifs qui caractérisent les deux principales formes sous lesquelles se présente le plus souvent la glossostomatite épithéliale superficielle. L'analyse des différents caractères cliniques et anatomiques, qui les constituent, suffirait au besoin, à elle seule,

pour établir l'identité de nature de ces deux processus morbides. Nous en trouvons une nouvelle preuve dans l'existence de formes mixtes, qui résultent fréquemment de la combinaison plus ou moins intime ou de la simple juxtaposition des symptômes propres à chacun de ces types fondamentaux. Ainsi, bien que les lésions buccales proprement dites soient généralement caractérisées, dans la seconde forme, par un développement moins considérable de la couche leucoplasique, il n'est pas rare de rencontrer des plaques des fumeurs plus ou moins épaisses sur la muqueuse des lèvres et des joues des malades dont la glossite présente nettement les caractères de la seconde variété.

La fissuration par plissement peut être observée à côté de la fissuration par rupture des placards leucoplasiques, et les exulcérations épidermiques à desquamation insensible peuvent accompagner des lésions véritablement psoriasiformes. Quant à l'hypertrophie papillaire, nous avons déjà vu qu'elle n'appartenait pas exclusivement à la deuxième variété, bien qu'elle se présentât, dans cette dernière, avec des caractères spéciaux de fixité et d'uniformité.

En résumé ces deux formes de la stomatite se distinguent, la première par l'acuité plus grande de ses symptômes, l'irrégularité de ses lésions, la formation des placards épais, de fissures taillées à pic, d'ulcérations profondes et de rétractions cicatricielles; la seconde par ses allures torpides, l'uniformité de ses lésions, la minceur de la couche leucoplasique qui revêt chaque papille individuellement, et par un mode de fissuration spécial.

Si ces deux formes se rencontrent assez souvent isolément pour qu'il y ait avantage à les décrire séparément, elles se confondent assez fréquemment pour que l'on puisse souvent considérer la seconde comme un des modes de début de la première. »

« *Variétés atypiques.* — Chez quelques malades, l'affection est caractérisée par un aspect rugueux de la langue, dû à la saillie très notable que font un grand nombre de papilles plus hypertrophiées que les autres au-dessus du niveau de ces dernières. Ces papilles, irrégulièrement disséminées sur les bords, la pointe et les parties antéro-latérales de la face dorsale de la langue, doivent être considérées pour la plupart, en raison de leur forme et de leur siège, comme des papilles *fongiformes.* Leur coloration d'un rouge vif se détache nettement sur le fond rose pâle de la pointe et des bords et sur le fond blanchâtre des régions moins éloignées de la base. D'autres saillies plus pâles, sans forme spéciale, très volumineuses, et paraissant résulter souvent de la fusion de plusieurs papilles, se voient sur toute la surface de l'organe, et contribuent avec les précédentes à donner à ses bords et à sa face dorsale un aspect denté et râpeux caractéristique. Dans son ensemble, la langue ressemble assez exactement à une grosse fraise dont les akènes seraient plus colorés que la pulpe.

Il est à remarquer que, dans cette forme, l'enduit épithélial semble manquer d'adhérence et de cohésion. Il ne recouvre que les papilles saillantes, et dans les régions de l'organe qui sont le plus exposées aux frottements, comme les bords et la pointe de la langue, il forme une couche mince et à peine visible, qui s'épaissit au contraire graduellement à mesure qu'elle se rapproche de la base et de la région médiane.

D'autres cas se distinguent par les particularités suivantes : Les papilles très notablement hypertrophiées, mais d'une manière assez uniforme, ne présentent pas de modifications caractéristiques dans leur forme ni dans leur couleur qui est d'un rose pâle rendu légèrement brillant en certains points par l'aspect vernissé de leur couche épithéliale. Celle-ci, à peine modifiée dans son épaisseur, ne forme pas de prolongements notables à l'extrémité

des papilles et prend peu de part à leur hypertrophie. Ce qui domine dans cette forme, c'est la *fissuration* de la muqueuse, parcourue en tous sens par des sillons profonds et irréguliers. Chez l'un de nos malades, les fissures taillées à pic, au milieu de papilles considérablement augmentées de volume, semblaient simplement constituées par les interstices papillaires. »

Ainsi que nous l'avons dit, dans toutes les formes constituées, nettement hyperkératosiques, parcheminées, desquamatives ou non, ayant leur siège en un point quelconque d'une surface muqueuse, l'éventualité du développement d'un épithéliome peut être soulevée. Plus le cas observé se rapproche du type de la leucokératose idiopathique fissuraire et ulcérative, à lambeaux exfoliés ou arrachés, à plaques épaisses en revêtement corné et en base dermique, installée à l'état chronique, résistant aux moyens thérapeutiques et à une hygiène appropriée, progressant malgré tout, plus l'éventualité de l'épithéliomisation est à redouter. Cette éventualité est à peu près sûrement réalisée quand on constate l'état papillomateux, les plaques langue de chat, etc., en même temps que l'on trouve dans les régions sous-maxillaires quelques ganglions indolents, petits, roulants ou fixes, qu'il faut savoir chercher avec le soin nécessaire, et avec un peu d'habitude. Les exemples les plus nets de ce type sont fournis par les cas, heureusement rares, que l'on observe chez la femme en dehors de la syphilis, du tabac, ou de l'alcool.

Avec Mauriac et avec Schwimmer, Bénard, *loc. sup. cit.*, a particulièrement insisté sur la nécessité de ne pas comprendre dans le type *papillomateux* proprement dit — type langue de chat — les diverses hypertrophies ou hyperplasies *papillaires*, « par groupes isolés, qui se constituent en végétations sessiles, mamelonnées, peu saillantes, parsemées de petits boutons rouges, séparés par des sillons remplis d'épithélium nacré ou blanc d'argent (Mauriac) »; et il pense même qu'il faut faire des réserves à l'égard des formes cornées excessives qui peuvent n'être pas absolument toujours malignes.

Cela revient à dire que, en réalité, le pronostic à porter en présence d'un cas particulier n'est jamais absolu ; il reste toujours conjectural. Rien ne permet de distinguer, sûrement d'emblée, les cas abortifs, bénins, des cas intermédiaires. Depuis un grand nombre d'années, nous suivons des malades chez qui une leucokératose d'une assez grande intensité persiste sans terminaison maligne ; le temps qui s'écoule entre l'apparition de la leucokératose et l'épithéliome proprement dit, c'est-à-dire, la durée de la période pré-épithéliomateuse, est extrêmement variable, non pas seulement en raison du traitement suivi, mais en raison de l'individualité.

b.) Pronostic selon les localisations, les *périodes*, les *conditions causales et individuelles*. — Aucune *localisation* n'est à l'abri de la terminaison épithéliomateuse; nous l'avons observée à peu près dans tous les points de la cavité buccale, y compris les commissures, les plis gingivaux, le pilier antérieur du voile ; mais *la langue* est certainement le point qui doit être surveillé avec le plus d'attention.

La *période* à laquelle sont parvenues les leucokératoses a une impor-

tance de premier ordre; telle lésion qui, quelques années plus tard, sera infectieuse, est, dans ses premières phases, curable, médicalement ou chirurgicalement.

Les *conditions causales et individuelles* interviennent au pronostic de la manière la plus immédiate. *Quelques* leucokératoses des syphilitiques subissent l'action incontestable d'une médification spécifique; ce n'est malheureusement pas la majorité; celles des sujets à hérédité goutteuse, carcinomateuse, cutanée, n'ont malheureusement pas de médicament spécifique, et ne subissent que plus ou moins indirectement l'action des médicaments appropriés. Le mauvais état et l'irrégularité de la dentition, la présence des dentiers, etc., doivent entrer en ligne de compte dans le jugement à porter sur l'issue définitive d'une leucokératose.

Mais *ce que nous tenons à affirmer hautement*, c'est que la continuation de l'action des causes irritantes de tout ordre, et particulièrement de l'usage du tabac, de l'alcool, des aliments de haut goût, etc., chez les sujets qui ne consentent pas à réformer, de ce côté, leurs habitudes, aggrave et multiplie singulièrement les chances défavorables. Et que, à l'inverse, le pronostic d'une leucokératose à ses premières périodes, peut être singulièrement atténué chez les sujets de tout ordre qui consentent à se soumettre au traitement, ainsi qu'à l'hygiène générale et locale indispensables. Nous avons acquis, par les années, sur ce point, une somme de faits précis suffisants pour affirmer que la presque totalité des leucokératoses qui finissent mal n'arrive à cette conclusion lamentable, que par négligence, ou par incurie. Sous la seule action d'une hygiène régularisée, sévèrement poursuivie, les leucokératoses de tout ordre peuvent, sous la réserve de quelques formes malignes qui sont l'exception, rester stationnaires, rétrocéder, ou même disparaître.

VIII

Traitement des leucokératoses buccales.

Hygiène locale et générale. — Médication interne. — Traitement topique, chirurgical.

I. — *Hygiène locale et générale.* — Cela étant, il est aisé de concevoir quelle importance nous attachons à ce que nous appelons *l'hygiène de la bouche*, nécessaire aux leucokératosiques de tout ordre.

Premièrement, cessation *absolue* du *tabac* à fumer, ou (ce qui est devenu plus rare, mais ce qui existe encore) du tabac à mâcher (chiquer); nous avons dit : cessation absolue; si le médecin faiblit ou transige en conseillant seulement « d'éviter l'excès », s'il n'apprend pas formellement au malade à quoi l'expose la continuation de l'usage du tabac, il ne sera pas obéi.

Même interdiction sévère pour *l'alcool* sous toutes ses formes, le vin pur, les aliments épicés, de haut goût, le *sucre* en nature sous toutes

ses formes, les boissons à température très élevée ou très basse, brûlantes ou glacées; les médicaments irritants, etc.

L'état de la dentition devra être amélioré dans les limites les plus complètes que peut réaliser l'art du dentiste; toutes les maladies coexistantes de la bouche seront traitées par les moyens énergiques et précis que l'on possède aujourd'hui. Les pièces dentaires devront être aussi peu nocives que possible, tenues avec une propreté méticuleuse, nettoyées après chaque prise d'aliments, et ôtées toutes les fois où elles ne sont pas absolument indispensables. Les soins de la bouche, nécessaires à chacun, sont, chez les leucokératosiques, une mesure d'urgence immédiate.

A titre général encore, et quelle que soit la valeur étiologique spéciale qui a été attribuée par Schwimmer au « catarrhe gastrique », les leucokératosiques retireront le plus grand avantage du bon état de l'estomac, de l'*asepsie intestinale*, et de l'évacuation absolument régulière des matières intestinales; ces trois points sont essentiels et nous n'avons pas besoin de dire aux médecins comment ils doivent les réaliser.

Chez beaucoup de leucokératosiques, le *système veineux de la langue* est dans un état permanent de pléthore variqueuse, qui indiquait nettement dans la médecine ancienne la dérivation intestinale et la congestion aloëétique provoquée des veines hémorrhoïdales.

II. — *Médication interne.* — La *médication interne* variera selon les cas particuliers: Chez tous les sujets qui ont eu la syphilis, surtout dans les leucokératoses aux premières périodes, il y aura lieu de faire une tentative de traitement spécifique, mais de la faire suffisante, et avec la *surveillance* indispensable, car, même chez d'anciens syphilitiques, elle peut être rapidement nuisible à l'état local; nous ne disons pas d'abandonner l'épreuve avec précipitation, mais de surveiller étroitement, et chaque jour, l'état de choses. Quelques succès incontestables justifient cette proposition qui s'appuie essentiellement sur l'impossibilité de distinguer objectivement quelques leucokératoses syphilitiques, des leucokératoses d'une autre nature. Mais il ne faut pas s'attendre à de nombreux succès; il en est des leucokératoses chez les syphilitiques, absolument comme des ataxies; ce sera la minorité, la très faible minorité, qui bénéficiera du traitement; et l'on ne doit pas juger avec précipitation. Quelques malades supportent le traitement mercuriel et ioduré, et éprouvent, surtout s'ils sont en même temps soumis à une hygiène et à une médication locales appropriées, une *atténuation* que le médecin, avec eux, est disposé à juger favorablement. Mais un avenir peu éloigné suffit à désillusionner les uns et les autres; ce serait se tromper gravement que de compter parmi les « guéris » ceux de ces malades *que l'on ne revoit pas;* il n'est légitime d'inscrire sur cette liste que ceux que l'on a revus après un certain nombre d'années; or, parmi ceux que nous avons *revus* dans ces conditions de temps, il en est bien peu qui n'aient pas dû être effacés de la liste des « *guéris* ».

Avec une utilité, ou plutôt avec une efficacité directe manifeste, on peut employer les *médications générales*, et la *diététique* appropriées aux conditions diathésiques, *goutteuses*, « *arthritiques* » *diabétiques* — glycosurie, oxalurie, phosphaturie, azoturie, polyurie, etc., — qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les leucokératosiques. Le bicarbonate de soude, les sels de lithine, et tous les agents médicamenteux, appropriés à ces conditions diverses, devront être mis en pratique avec régularité, en même temps que l'on prescrira toutes les règles de la diététique indiquée.

Chez les sujets *à hérédité dermatosique* qui bénéficient, d'ailleurs, de la médication arsenicale, il n'y a pas à hésiter à employer l'arsenic aux doses tolérées.

A ce *titre général*, toutes les eaux minérales qui conviennent à la curation de ces états pathologiques, toutes les pratiques thérapeutiques, et toutes les mesures d'hygiène qui peuvent concourir à les contrebalancer sont à mettre en œuvre.

III. — *Traitement topique, chirurgical.* — La *médication locale*, très souvent insuffisante, inefficace ou nuisible, est toujours délicate à régler. Elle comprend deux parties bien distinctes : — 1° La *médication simple, anodine ;* 2° La *médication effective, résolutive ;* 3° *La médication mécanique et chirurgicale.*

1° *Médication locale simple anodine.* — Aux soins d'hygiène de la bouche indiqués plus haut, il faut joindre les — *bains de bouche* — très réitérés et les *pulvérisations* sur la langue. Dans la grande majorité des cas, bains et pulvérisations doivent être réalisés à l'aide de liquides aseptiques presque indifférents ; eau bouillie, très faiblement boriquée, 5 p. 1000 ; décoction de feuilles de coca, 2 p. 1000 ; faiblement alcalinisés — avec le bicarbonate de soude, 2 p. 1000 ; salicylate de soude, 1 p. 1000, avec égale quantité de bicarbonate.

Les *bains de bouche* se prennent à température tiède, en maintenant dans la bouche le liquide employé pendant une minute, et en réitérant la pratique le plus souvent possible dans la journée, et dans la nuit au moment des réveils.

Les *pulvérisations* sont très utiles, faites avec les mêmes liquides, à l'aide des pulvérisateurs à lampe, de petit modèle ; elles peuvent être réitérées deux fois par vingt-quatre heures, et avoir une durée de cinq à dix minutes.

L'état de sécheresse, de tension, dans lequel se trouvent souvent la bouche, et la langue en particulier, nous ont, depuis longtemps, fait employer les *onctions grasses* de la langue, auxquelles convient, à merveille, la vaseline de bonne qualité, additionnée des substances médicamenteuses appropriées, baume du Pérou, acide borique, eau de chaux médicinale, bicarbonate de soude, iodol, aristol, borate de soude, etc., etc. Mais on doit *toujours* débuter, par des doses extrêmement faibles : acide borique, baume du Pérou, 1 à 5 p. 100 ; iodol, aristol, de 1/5 à 1 p. 100, etc., etc., en se guidant sur la tolérance de

chaque malade. La glycérine, étendue d'eau et neutralisée — eau de chaux médicinale et glycérine parties égales — la pétrobaseline (vaseline liquide) peuvent être utilisées pour les collutoires, qui ne doivent pas contenir de substance glycosique.

C'est à la médication simple, *anodine*, que nous venons d'exposer, que l'on devra, si elle est appliquée dans son ensemble, le plus de succès ; et nous sommes heureux d'être sous ce point de vue comme sur tant d'autres en parfaite communion d'idées avec SCHWIMMER — Congrès de Paris de 1889, p. 142 — qui conseille surtout une médication « *négative* ». Par ce mot, le savant professeur de Budapest ne veut pas dire médication nulle, mais seulement anodine, et surtout *non irritante :* « *Je veux dire*, ajoute-t-il, *qu'il ne faut pas* IRRITER *avec des caustiques la muqueuse malade.* » Cette préoccupation doit être *constante* dans l'esprit du médecin qui veut diriger utilement le traitement des leucokératoses des muqueuses; et, il faut le dire, cette notion manque au plus grand nombre des praticiens, qui aggravent la situation des patients par les badigeonnages de nitrate d'argent, l'usage très nuisible du chlorate de potasse, etc., etc.

BAZIN envoyait, avec grande raison, ses malades atteints de « psoriasis buccal » faire une cure minérale aux eaux légères, cuivreuses, de SAINT-CHRISTAU (Basses-Pyrénées) ; TILLOT d'abord, et après lui BÉNARD, *loc. sup. cit.*, ont établi nettement le mode d'action de ces eaux, et institué une médication locale parfaitement adaptée, régularisée, et habilement dirigée ; l'emploi de ces eaux est surtout à faire sur place et sous la direction immédiate du médecin compétent, mais l'eau de Saint-Christau, source des Arceaux, transportée, peut, avec grande utilité, servir aux bains de bouche et de langue, aux pulvérisations, en suspendant momentanément, s'il se manifeste un peu d'irritation.

Les *ulcérations*, les *fissures*, qui ne sont pas suffisamment améliorées par les moyens précédents, peuvent être réprimées avec le crayon de nitrate d'argent mitigé blanc, bien effilé, et *limité*, dans son action, à la fissure ou à l'exulcération.

Si ces applications sont insuffisantes, elles peuvent être remplacées, avec avantage, par les attouchements avec l'acide chromique pur, *pratiqués par le médecin*, soigneusement *limités* aux fissures ou aux exulcérations, et faits à l'aide d'un pinceau fin, ou de petits bâtonnets.

Pour les cas où le médecin ne peut pas diriger assez immédiatement cette médication, il pourra avec avantage suivre le conseil de Schwimmer ; et faire faire au malade des badigeonnages avec une solution de 5 centigrammes à 1 gramme pour 5 grammes d'eau distillée et autant de glycérine — de papaïotine — Voy. ERNST SCHWIMMER, Beitr. z. Glossopathologie. I, Papayotin bei Zungenfissuren, *Wr. med. Wochenschr.*, 1886, nos 8 à 10, p. 237 et suiv.

Quant à la *leucokératose* elle-même, à la *plaque blanche*, la « *formation* » *blanche* (leucoplasie), la médication locale curative qui lui convient est entièrement *disjointe* de celle des fissures et des ulcérations ; le plus ordinairement cependant la pratique banale des médecins est

de la badigeonner avec le nitrate d'argent. Cette pratique est, dans la majorité des cas, *nuisible*, et ne saurait être trop vivement proscrite; le nitrate d'argent, cathérétique insuffisant pour toutes les surfaces pourvues d'épithélium pavimenteux, est là aussi nuisible qu'il l'est dans tous les épithéliomes; l'opposition entre les leucokératoses proprement dites, et les plaques opalines de la syphilis est, ici, aussi absolue que possible.

2° *Médication topique résolutive.* — Deux buts peuvent être poursuivis dans le traitement local des leucokératoses; le premier consiste à tenter la résolution, la régression, la guérison proprement dite de l'hyperkératose; le second, sa destruction ou son éradication.

a.) *Médication topique.* — A la suite du traitement médical, interne, de la mise en pratique de l'hygiène locale, des bains de bouche, des pulvérisations, des onctions générales de la langue et de la bouche, qui suffisent dans beaucoup de cas, à eux seuls, à obtenir des améliorations remarquables si l'affection est soignée dès ses premières périodes, il est nécessaire le plus souvent, au prorata de l'étendue, de la profondeur, de l'ancienneté des lésions leucokératosiques, de tenter d'agir plus immédiatement sur le processus épithélial paratypique.

La difficulté principale réside dans l'impossibilité de maintenir en place sur les surfaces de la cavité buccale, les agents médicamenteux, et de les réaliser *actifs*, *sans être irritants*.

Parmi les topiques résolutifs que l'on peut employer pour combattre directement l'hyperkératose des muqueuses, nous plaçons, au premier rang, les balsamiques; l'*huile de cade vraie et pure, et non brûlée,* ou l'*huile de bouleau* également non falsifiée, pure. Un pinceau, ou mieux le doigt, imprégné *d'une très petite quantité* de ces préparations, fait une friction douce d'abord, puis plus énergique quand la tolérance s'est établie, *sur la surface leucokératosique*, et un peu au pourtour; cette application, d'abord faite une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, est ensuite renouvelée plus souvent, selon la tolérance qui est très variable avec les cas et les sujets. Si il y a un peu de sécheresse ou de sensibilité, elle est aisément calmée par les bains de bouche, de langue, les pulvérisations, les onctions de vaseline simple, etc. D'ailleurs, les deux médicaments peuvent être *mitigés* par l'addition de vaseline ou d'huile d'amande, mais si les applications sont faites, comme nous l'avons dit, avec une *petite quantité* de substance médicamenteuse, elles sont, dans beaucoup de cas, bien tolérées. De la même manière, peut être employé, selon la pratique de Lassar, le *baume du Pérou* pur, que plusieurs malades préfèrent.

Schwimmer préconise particulièrement les badigeonnages *salicylés* — ac. salicylique de 5 à 15 grammes dissous dans 50 grammes d'eau distillée — *sur les plaques* avec les précautions convenables; et De Watraszewski — *Congrès de Paris*, 1889, p. 143 — s'est arrêté,

en dernier lieu, aux badigeonnages faits avec une solution de *bichromate de potasse*, ne dépassant jamais 10 p. 100 de véhicule; il commence par faire usage d'une solution à 2 p. 100, en augmentant progressivement. D'après cet observateur distingué, « le bichromate de potasse diminue l'hyperhémie et l'inflammation, et produit la guérison en donnant la résistance aux tissus de la même façon qu'il agit en technique histologique. Les lésions arrivent à ce que l'on peut appeler la troisième période de la maladie; il se forme une cicatrice absolument lisse, souple, hyperhémique. Cette cicatrice conserve toujours une tendance à s'ulcérer de nouveau, à la suite de l'emploi du tabac, et de l'ingestion des liquides alcooliques ou de mets épicés; il se produit, alors, sur les plaques cicatricielles, de petites érosions très douloureuses, quelquefois assez persistantes, mais n'ayant rien de commun avec le processus de la leucoplasie proprement dite. »

3° *Médication radicale; rugination, destruction; éradication.*

Quand une leucokératose, une plaque hyperkératosique plus ou moins longtemps torpide ou superficielle, a pénétré dans le derme; qu'elle résiste à tous les moyens employés; que pour des raisons diverses, le patient ne veut pas ou ne peut pas bénéficier de tous les secours des médications précédentes, le traitement mécanique chirurgical intervient légitimement.

Le procédé le plus simple consiste dans le grattage à la curette, la *rugination*, suivie, jusqu'à cicatrisation, de l'hygiène convenable locale et générale; le professeur Schwimmer n'hésite pas à la pratiquer, et il se loue des résultats obtenus.

La destruction électrocaustique peut être employée dans le même but, et arriver au même résultat favorable, c'est-à-dire à remplacer *par une cicatrice* la plaque leucokératosique. Nous poursuivons, en ce moment même, une série d'études sur ce point; mais il nous faut encore un peu de temps, car peu de malades acceptent nos propositions; et, à l'hôpital, la plupart de nos leucokératosiques se dérobent à notre sollicitude, aussitôt que nous avons manifesté l'intention de les guérir radicalement à l'aide du feu. Une seule recommandation essentielle; c'est d'agir sur de petites surfaces à la fois, mais d'agir assez énergiquement pour faire une destruction réelle.

En lisant, *loc. sup. cit.*, l'observation de notre élève distingué, Léon Perrin (de Marseille), on verra comment cet habile médecin a pu obtenir un cas de guérison remarquable, et durable, dans des conditions en apparence très défavorables, par la *décortication* de la langue faite avec le thermocautère.

Quant à l'éradication chirurgicale proprement dite, que la chirurgie actuelle exécute avec tant de perfection, elle est nettement indiquée dans les cas où le derme est atteint en totalité, dans tous ceux où il est rompu et où les fibres musculaires sont envahies. Dans ces cas, l'indication locale peut être aisément précisée à l'aide de la biopsie sur des fragments recueillis à l'aide de l'emporte-pièce de Leloir. Le salut du malade dépend, ici, de l'opportunité d'action, *du mode selon lequel*

Le diagnostic des formes avancées du cancroïde repose sur les caractères précédemment indiqués. Il est plus difficile au début, quand l'épithéliome siège aux parties génitales, où il peut être confondu avec un chancre et ne se révèle que par des douleurs lancinantes précoces et par l'engorgement ganglionnaire. Sur la muqueuse de la bouche et de la langue, tant que l'induration caractéristique de la base ne l'a pas fait reconnaître, on peut le confondre avec une gomme syphilitique ou une ulcération tuberculeuse de la langue, surtout si l'on observe en même temps des manifestations syphilitiques. Dans ces cas, il faut avant toute autre intervention essayer la médication antisyphilitique.

Le pronostic de l'épithéliome de la peau est plus favorable que celui de toutes les autres formes de cancer cutané (voir la statistique de Winiwarter); il est surtout favorable dans le cas de cancroïde superficiel qui, pendant de longues années ou même pendant toute sa durée, épargne les tissus profonds, peut guérir spontanément et n'amène jamais l'engorgement ganglionnaire, ni le marasme. Il est plus grave pour le cancroïde tubéreux, qui a une action destructive locale plus intense et amène, au bout d'un certain nombre d'années, l'infection ganglionnaire, le marasme et la mort. Mais la terminaison fatale est surtout hâtée lorsqu'en un de ses points, il prend les caractères du carcinome médullaire. C'est pour cela que l'épithéliome papillomateux est le plus à craindre. Mais on peut dire de l'épithéliome en général et même des premiers stades de ces deux dernières formes, que son pronostic est favorable, en raison du succès d'un traitement approprié. En effet, après l'extirpation, l'épithéliome peut ne pas récidiver; ou, si, comme c'est le cas le plus fréquent, il récidive sur place ou dans un point éloigné, il est en général si peu étendu, que l'on en vient chaque fois facilement à bout. Dans les cas même où il s'est fait une infiltration et une suppuration étendue des tissus, un traitement approprié peut limiter l'affec-

---

l'exérèse sera pratiquée, et de l'énergie du patient quand il saura prendre une résolution à temps. Même dans les cas d'épithéliome secondaire avancé, même avec des ganglions indurés, *on peut obtenir la guérison véritable quand on a su*, *autant par la perfection de la réunion chirurgicale que par la sévérité de l'asepsie*, *se mettre à l'abri de l'infection mixte*, *secondaire*, *si rapidement funeste*, *des ganglions cervicaux. Toute méthode d'exérèse chirurgicale qui ne met pas*, IMMÉDIATEMENT, *la surface de section à l'abri de la suppuration et des contaminations de tout ordre est funeste par elle-même, et doit être rejetée*. Quand la *récidive* se produit, ou l'*infection mixte*, c'est *à brève échéance;* si rien ne s'est produit dans l'année qui suit l'opération, le succès définitif est à peu près assuré. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

tion ou la détruire localement; on obtient ainsi une amélioration de l'état général déjà altéré, et l'on peut retarder pendant des mois et des années la terminaison fatale.

Le traitement du cancer épithélial par les moyens internes et particulièrement par tous les médicaments et les arcanes préconisés de tout temps comme « anticancéreux », a toujours été impuissant. On ne réussit que par l'élimination directe du cancroïde. Nous avons pour cela les méthodes et les moyens que nous avons mentionnés contre le lupus, et je renvoie à ce chapitre pour les prescriptions et les indications spéciales (Tome II, p. 422). Un cancroïde tubéreux ou verruqueux superficiel ou peu profond peut être facilement raclé avec la curette, ou détruit à l'aide du crayon de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de potasse, ou cautérisé par l'application de pâte de Vienne ou de Canquoin, d'acide lactique pur ou sous forme de pâte (Mosetig), de pâte arsenicale, de pommade à l'acide pyrogallique au dixième. Ces deux dernières préparations, que l'on étend sur du linge et que l'on doit maintenir continuellement pendant trois à six jours suivant les cas, ont l'avantage de ne détruire que le tissu malade, et de plus, la pommade à l'acide pyrogallique ne détermine aucune douleur et doit être spécialement recommandée contre l'épithéliome. Un cancroïde tubéreux profond, de la lèvre et d'autres régions, sera plus facilement extirpé à l'aide du bistouri. La galvanocaustique et le Paquelin sont également indiqués et efficaces suivant les indications. Les caustiques trouveront de nouveau leur application dans les cas de carcinome très avancé et à suppuration sanieuse, pour arrêter sur des points déjà atteints ou sur d'autres qui sont menacés, l'extension du néoplasme, la fonte des tissus et toutes les conséquences plus ou moins graves qui en résultent. A côté des caustiques déjà cités, je mentionnerai encore la créosote, liquide ou mélangée avec de la poudre de réglisse et de l'opium, ou l'arsenic sous forme de pâte, ainsi formulée : créosote 20, arsenic blanc 0,30, opium pur 0,15 ; cette pâte ne doit être appliquée que sur une surface assez restreinte.

Les nodosités qui récidivent doivent être détruites dès leur apparition, et si l'on agit avec attention et énergie, on peut ainsi facilement, même chez les individus qui présentent une grande tendance aux récidives, non seulement empêcher des difformités fâcheuses, mais encore prévenir le marasme cancéreux et la mort (1).

---

(1) Le traitement des épithéliodermes superficiels est un des points de pratique les moins bien connus de la généralité des médecins ; il a, cependant, une telle importance que nous devons ajouter quelques développements à ce qui a été dit par l'auteur, et les réunir dans l'*appendice* suivant :

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Traitement des épithéliodermes superficiels.

1° *Principes généraux.* — 2° *Prophylaxie.* — 3° *Méthode caustique.* — 4° *Rugination.* — 5° *Cautérisation ignée.* — 6° *Exérèse chirurgicale.*

I

Dans les notes de la première édition de cette *traduction*, T. II, p. 333, note 1, nous avions déjà formulé les notions principales de la médication générale des épithéliodermes superficiels, sans qu'on en ait tenu le compte légitime. Voici les termes dans lesquels nous avions exposé ces principes :

« Le traitement de l'épithéliome est très complexe et réclame, de la part du médecin, une expérience pratique réelle ; là encore il faut avoir vu faire, si l'on veut agir avec précision.

Dans beaucoup de cas, l'intervention du médecin, opérée à temps, peut enrayer le développement de l'affection à peu de frais ; à la face, nombre de lésions graves peuvent être prévenues par la destruction, en temps opportun, des proliférations acnéiques partielles qui précèdent souvent, de si longtemps, le développement du cancroïde, et que trop de médecins (en réalité peu sûrs de ce qu'il faut faire et de ce qu'on peut risquer) acceptent aisément être des *noli me tangere*, encouragés, d'autre part, par la commune pusillanimité.

A cette période, un *raclage* superficiel, l'emploi du savon mou de potasse, de l'emplâtre de Vigo, puis le désencombrement des follicules sébacés soigneusement entretenu à l'aide de lotions savonneuses (prophylaxie suffisante dans un grand nombre de cas), peuvent enrayer la prolifération pathologique. Si ces pratiques amènent quelque irritation, l'emploi suffisamment prolongé de cataplasmes de fécule frais suffit pour remettre les choses en l'état.

Sur la peau, les lésions ayant atteint un degré plus avancé, et déjà ulcérées, si l'épithéliome est petit en surface, peu profond, le *raclage* suivi d'une cautérisation suffisante réussit encore dans un grand nombre de cas. Peu importe l'agent caustique, si le médecin qui l'emploie sait le manier et le doser; le chlorure de zinc serait assurément le meilleur et le plus sûr des caustiques à employer après *avoir ruginé l'épithéliome*, si les cicatrices qu'il laisse n'étaient pas souvent dures, rétractées, bridées ou chéloïdiennes. Si la lésion, même légère, a son siège sur la paupière, le nez, le voisinage immédiat des orifices, le médecin qui n'a pas sur ce point d'expérience véritable doit se récuser, il n'est pas en mesure d'assurer le résultat définitif de son intervention, et de mettre le malade à l'abri de destructions inutiles, ou de cicatrices vicieuses. Dans les régions particulières que j'indique, la décortication à l'aide du bistouri, suivie, s'il y a lieu, d'anaplastie, est en général préférable. »

Peu de développements suffisent pour compléter ce qui précède, tel que nous l'avons écrit en 1880.

I

Prophylaxie. — Nous répéterons, d'abord, cet axiome, trop peu compris des médecins, que *la plupart des épithéliomes de toute sorte, qui ont pris des proportions graves à un titre quelconque, auraient pu être très facilement détruits, et arrêtés absolument dans leurs premières périodes.* Sans doute, la pusillanimité ou l'inintelligence, la négligence des intéressés est, en grande partie, la cause de ces résultats; mais le médecin est trop souvent partie prenante dans la temporisation et dans l'inaction des malades. Tant de praticiens ne sont pas en mesure de porter sur les épithéliomes naissants un diagnostic ferme, et d'y apporter le remède convenable, que beaucoup ne savent ni conseiller ni agir, temporisent, ajournent, ou déclarent qu'il n'y a pas lieu d'intervenir.

Dans toute une série d'épithéliomes superficiels de la face, notamment dans ceux qui sont séniles, et qui débutent par une tache un peu rugueuse, d'un gris noirâtre sale, l'application du savon mou de potasse pendant la nuit, d'emplâtres de Vigo pendant le jour, le nettoyage quotidien avec du coton imprégné d'alcool saturé d'acide borique, avec l'éther ou avec le chloroforme; et les soins minutieux de toilette — savon et eau chaude — que négligent si souvent les sujets âgés, suffisent pour empêcher la multiplication de ces formes d'épithéliome sur d'autres points du visage.

III

Méthode destructive. — Un nombre considérable de substances se disputent la faculté de détruire « sûrement, facilement » les épithéliomes superficiels, depuis le vinaigre de table jusqu'à l'acide acétique cristallisant, la teinture de thuya occidentalis, etc., etc., et généralement tout ce qui est employé contre les verrues proprement dites. A côté de succès très restreints, la plupart de ces agents ne donnent que des résultats insuffisants, nuls, et quelquefois sont décidément nuisibles. Inutile de dire que nous ne comprenons pas dans cette proscription générale les applications de substances chimiques faites, dans des cas déterminés, par des médecins compétents — voy., par exemple: X. Arnozan, de Bordeaux, Du traitement des épithéliomes de la face d'origine sébacée par les applications locales d'acide acétique, — *Bulletin de la Société franç. de Dermat. et de Syph.*, 1890, p. 96.

Bien plus, étant données les notions nouvelles qui surgissent de la constatation des « coccidies (?) » dans les épithéliomes, nous admettons parfaitement que des expérimentations nouvelles soient poursuivies en vue de rechercher des substances parasiticides capables de détruire l'agent pathogène.

IV

Méthode caustique. — Dans l'état actuel de la chirurgie cutanée, et avec l'aide de la curette et du thermocautère ou de l'électrocautère, les caustiques chimiques n'ont d'application réelle que, à titre accessoire,

dans les cas d'épithéliome ulcéré, ou après la rugination. Mais il faut reconnaître que beaucoup d'épithéliomes peuvent être détruits chimiquement, et que certains malades réclament cette méthode, et refusent toute autre. On a alors à sa disposition la *pâte de Vienne*, la *pâte du frère Côme* — mélange de Manec : ac. arsénieux 2, sulfate de mercure 6, éponge calcinée 12 — le *chlorure de zinc*, déliquescent, en pâte, en crayon. On sait généralement se servir de la pâte de Vienne, et des préparations de chlorure de zinc ; le mélange arsenical se délaye avec un peu d'eau et est appliqué en consistance de pâte sur l'épithéliome préalablement décapé, c'est-à-dire débarrassé de tous ses surtouts à lui appartenant ou additionnels, à l'aide des onctions grasses, des cataplasmes, des pulvérisations, d'une rugination, etc. ; — application immédiate d'une plaquette de coton hydrophile, recouverte et maintenue avec du collodion élastique ; on attend la chute et la cicatrisation spontanées, qui arrivent après un délai de une à six semaines, selon le volume de la surface à détruire. Nous ajouterons seulement que les pâtes arsenicales ne doivent être appliquées que sur de *petits* épithéliomes, et *non ulcérés*, pour éviter les accidents d'intoxication qui ont été plusieurs fois suivis de mort.

Dans les épithéliomes ulcérés, on peut avoir recours au chlorure de zinc en pâte, en flèches, en déliquium — quand on a appris à manier cet agent énergique et très douloureux — au *bromure de potassium* que nous avons montré être un caustique puissant, au *nitrate de plomb en poudre* ; ce dernier caustique, médiocrement douloureux, peut être utilisé pour *les petits* épithéliomes ulcérés, c'est un caustique siccatif ; toutefois nous ne conseillons pas de l'employer sur le visage, car il laisse quelquefois, dans la cicatrice, des incrustations saturnines blanchâtres. Quant au nitrate d'argent, si favorable dans la tuberculose lupique, dans les gommes scrofulotuberculeuses et dans toutes les ulcérations qui en dérivent, il est toujours insuffisant, souvent nuisible dans l'épithéliome ; et il ne peut servir que pour la direction des bourgeons de réparation cicatricielle, qui ne sont plus épithéliomateux.

V

Rugination. — La *rugination* que nous avons, avec le professeur Kaposi, préconisée depuis très longtemps — voy. 1re *édition*, T. II, p. 333, note 1 — et que nous n'avons cessé de pratiquer, comme pour le lupus, que pendant la série des *expérimentations* de la méthode ignée interstitielle, est un excellent procédé que nous appliquons *depuis le premier début* jusqu'aux périodes les plus avancées de l'épithéliome superficiel. La curette, comme dans le lupus, perçoit facilement la résissistance des tissus sains, comparée à la friabilité des parties épithéliomateuses. Si la surface est étendue, et l'écoulement sanguin abondant, on peut s'en tenir provisoirement à ce premier temps et faire un pansement simple de compression ouatée ; ou, aussitôt que la surface est devenue étanche, la toucher, avec le chlorure de zinc, ou déposer à sa surface, une fine couche de gaze ou de coton hydrophile imprégnée de chlorure de zinc. Mais, le plus habituellement, nous pratiquons au fond

de la plaie une cautérisation entamant légèrement les tissus résistants à l'aide des aiguilles électrocaustiques, comme dans le lupus. Nous réservons l'application de l'acide pyrogallique, du chlorate de potasse en poudre, des solutions concentrées de chlorate de potasse, etc., aux vastes épithéliomes en nappe, incurables, non traités, secondaires au lupus, aux syphilomes, etc. Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, d'exagérer ces pratiques, et l'on peut, après une rugination bien faite, qui a érodé et abrasé les culs-de-sac et les bordures, panser simplement à plat avec le coton hydrophile, et diriger la cicatrisation de cette plaie comme si elle était simple ; la surveillance de la cicatrice obtenue permettra de compléter, dans des reprises ultérieures, ce qui n'a pas été détruit.

Dans les épithéliomes en nappe, ulcérés, à grande surface, inopérables, ou à bourgeonnement ambigu, les pansements au chlorate de potasse, si le malade accepte la douleur qu'elles produisent, les applications de poudre de bismuth, de poudre d'aristol ou de pommades à l'aristol, au dixième, etc. (Brocq), etc., etc., trouvent des indications qui, pour être bien remplies, demandent un peu d'expérience, beaucoup de soin, et quelque initiative.

Pour faire toutes ces *petites* opérations simples (qu'ignorent entièrement beaucoup de médecins), avec sécurité absolue, il faut des précautions strictes d'asepsie du médecin et du malade : mains, instruments, objets de pansement, surface à traiter et environs, tout cela doit être rigoureusement propre; pour le nettoyage de la peau, l'alcool boriqué et le coton hydrophile conviennent à merveille. En outre, on aura soin, préalablement, de *préparer* les surfaces à traiter en éliminant toutes irritation adventice, très souvent produite par négligence, par état sordide des petites lésions auxquelles le malade n'ose pas toucher — surtout si le médecin, ce qui arrive souvent, a prononcé le fameux « *noli me tangere* » si commode pour lui. On obtient ce résultat à l'aide des pulvérisations tièdes, des cataplasmes de fécule très propres appliqués tièdes, et laissés en place plusieurs heures, de la poudre de bismuth salolée à 1 p. 100, etc., etc.

VI

Cautérisation ignée. — Dans tous les épithéliomes superficiels de la face, dans les variétés perlées, dans tous ceux qui, tout en formant une élevure, n'ont pas de base profonde dans le derme, chez les malades, nombreux, qui répugnent à toute *opération sanglante*, la cautérisation ignée, même non précédée de rugination, constitue le meilleur et le plus sûr, en même temps que le plus inoffensif des procédés.

La *méthode*, les *instruments*, le *procédé* sont exactement les mêmes que ceux que nous avons indiqués pour le lupus — Voy. p. 470 et suiv. — et qui peuvent servir pour l'épithéliome ; le lecteur est prié de s'y reporter. La plupart de ces opérations peuvent être faites *partiellement*, par lots, *en séances successives*, sans arrêter en rien les occu-

Le *cancer du tissu conjonctif*, qui atteint le tégument, peut se présenter sous trois formes :

Le carcinome lenticulaire prend naissance sur un sein rempli d'une masse cancéreuse, ou survient sous forme de récidive après l'extirpation du cancer primitif. Il se développe sur une peau en partie infiltrée et présentant une dureté ligneuse, en partie encore souple, plus rarement il a son point de départ dans la peau, sous forme de nodosités de la grosseur d'une lentille ou plus, dures, luisantes et s'excoriant rapidement. Suivant la remarque de Billroth, dans cette variété l'infiltration pénètre rapidement toute l'épaisseur de la peau, s'accompagne d'hyperhémie et d'induration, analogue à une lymphangite chronique du derme (Wedl), de telle sorte que le thorax semble comme entouré d'une cuirasse (cancer en cuirasse). Le carcinome lenticulaire est formé d'un stroma fibreux, dense (cancer fibroïde, Rokitansky), contenant dans ses mailles étroites un petit nombre de cellules. On l'observe en général chez la femme, je l'ai vu pour la première fois

---

pations habituelles des malades; un peu de poudre de bismuth, une plaquette d'emplâtre au salol ou à l'aristol, ou d'emplâtre de plomb simple suffisent pour le pansement. Si la moindre irritation se produit (elle est très rare quand on a satisfait aux précautions d'asepsie que nous avons indiquées tout à l'heure), les mêmes moyens suffisent à la réprimer.

Il n'est pas nécessaire que ces opérations soient parfaites et complètes, d'emblée, elles peuvent être exécutées en plusieurs actes, et avec une simplicité que les malades apprécient parfaitement.

VII

Exérèse chirurgicale. — Toutes les fois où un épithélioderme ne répond pas au type des épithéliomes superficiels que nous avons décrits; toutes les fois que, par son volume, son ancienneté, son étendue, ses attaches profondes, il dépasse la mesure que nous avons indiquée; ou même toutes les fois où sa situation anatomo-topographique en rend l'extirpation facilement réalisable, c'est à la chirurgie proprement dite, et non à la petite chirurgie dermatologique, que le traitement appartient. La possibilité de faire l'anesthésie locale avec la cocaïne en injections, la sûreté de la chirurgie aséptique, mettent pour les épithéliodermes végétants ou profonds l'extirpation chirurgicale bien au-dessus de toutes les autres méthodes.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

Fin de l'appendice des Traducteurs sur le traitement des épithéliodermes superficiels.

l'année dernière avec son développement typique chez un homme de soixante ans (1).

Le carcinome tubéreux se présente chez des personnes âgées, à la face, aux mains et sur d'autres points du corps, sous forme de petites tumeurs de la grosseur d'un pois, d'une noix, d'un œuf de poule, qui bientôt se ramollissent, déterminent une ulcération profonde, et s'accompagnent de productions semblables dans les organes internes.

Le carcinome mélanique ou pigmentaire débute sur des régions limitées de la peau, au dos du pied ou de la main, sur un doigt, un orteil, une grande lèvre, par des nodosités de la grosseur d'un grain de plomb ou d'une fève, de couleur ardoisée ou bleu noirâtre, de consistance mi-partie dure et molle, comparable à celle d'une baie. Quelques-unes de ces nodosités se développent en tumeur ayant la forme d'un champignon, et s'ulcèrent rapidement. Puis se montrent, disposés d'une façon très irrégulière, ou formant des bandes ou des traînées le long des vaisseaux lymphatiques, un nombre considérable de points, de nodosités gris noirâtre, confluentes par places et constituant une infiltration diffuse, à surface inégale; puis les ganglions s'engorgent, et l'on voit survenir le marasme et la mort. Les organes internes sont parsemés de nodosités analogues, mais encore plus hémorrhagiques. Elles sont formées par un stroma à larges mailles, riche en vaisseaux, alvéolaire par places, contenant des foyers séparés ou des masses irrégulières de petites et de grandes cellules épithéliales ou fusiformes en voie de prolifération, et une grande quantité de pigment provenant d'hémorrhagies ou transsudé directement hors des vaisseaux (Rindfleisch).

---

(1) Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans la 1re *édition* de cette *traduction*, le *cancer de la peau*, cancer lenticulaire, *cancer en cuirasse*, celui dont parle l'auteur, *n'est pas* toujours secondaire. Il peut être *primitif*, *développé en dehors de toute lésion de la glande mammaire*, mais toujours sur la région thoracique. Nous en avons observé plusieurs exemples, chez des femmes exclusivement.

L'un des plus remarquables a été communiqué par nous à la Société médicale des hôpitaux, — histologie par Cornil — *Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1878, T. XV, p. 158.

Le mamelon était atteint, mais au même titre que la peau voisine, et les lésions étaient limitées à la peau. Dans les deux variétés, les altérations élémentaires sont identiques.

Parmi les faits les plus typiques de cancer cutané secondaire au cancer de la mamelle, voy. l'observation de P. A. Morrow, Disseminated lenticular cancer of the skin : Cancer en cuirasse, *Journ. of. cut. and vener Diseases*, W. chrom., 1884, p. 1.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

DIXIÈME CLASSE

ULCÈRES CUTANÉS

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON

Notions générales sur les ulcères, symptomatologie générale, division. — Ulcères idiopathiques inflammatoires, simples et contagieux. Ulcère de la jambe. Chancre. — Ulcères inflammatoires secondaires et ulcères se développant sur des néoplasmes.

L'ulcère cutané (*ulcus cutaneum*) est une perte de substance du chorion, qui se trouve ainsi médiatement ou immédiatement mis à nu, sécrétant en général une sérosité différente du pus de bonne nature, et qui, pour cette raison, n'arrive pas à la guérison, ou du moins n'y arrive que tardivement, en raison de la destruction moléculaire continuelle des tissus qui l'entourent.

D'après cette définition, un abcès n'est pas un ulcère, car là il y a une nécrose en masse des tissus; ceux-ci une fois éliminés, il tend à la guérison : de même, on ne comptera pas parmi les ulcères une plaie en voie de granulation et de suppuration franche, ni les pertes de substance qui, comme dans l'eczéma, le pemphigus, n'atteignent que l'épiderme et non le tissu connectif de la peau.

D'après son origine, l'ulcère n'est pas une affection primitive. Dans tous les points de la peau où l'ulcère se produit, il faut qu'il y ait eu auparavant une manifestation inflammatoire ou néoplasique, qui entraîne avec elle la destruction moléculaire continuelle des tissus et la formation de l'ulcère, ou qui, tendant d'ordinaire à la guérison, est entravée ici par des influences locales ou générales. A celles-ci appartiennent le lupus, l'infiltration scrofuleuse, la lèpre, le carcinome, le sarcome, les gommes syphilitiques, qui, par leur nature, sont prédestinées à l'ulcération. Parmi les causes locales, qui déterminent l'ulcération, soit en augmentant le processus inflammatoire, soit en empêchant la cicatrisation normale, il faut citer : les troubles locaux de circulation, les varices, la pression mécanique, les tiraillements, les contusions, le grattage, les actions chimiques qui détruisent le tissu

nouvellement formé, les emplâtres et les onguents, le contact, sur les bourgeons charnus, des fèces, de la salive, de l'urine, la carie et la nécrose des os. Comme causes éloignées des ulcérations, il importe de signaler les lésions cardiaques, certains états dyscrasiques, l'anémie, le marasme, quelle qu'en soit la cause, qui déterminent une infiltration de la peau, disposée à la désagrégation, ou retardent la guérison des plaies par anémie, ou défaut de plasticité des liquides nourriciers.

Si l'on arrive à détruire spontanément, ou grâce aux ressources de l'art, les infiltrats inflammatoires ou néoplasiques dont la désagrégation détermine l'ulcération, ou si l'on peut écarter les causes qui troublent continuellement la formation des granulations, celle-ci arrivera peu à peu à une cicatrisation complète, comme pour toute autre plaie normale dès le début. Il n'y a donc entre l'ulcère et une plaie de bonne nature qu'une différence relative et non essentielle, l'un pouvant prendre les caractères de l'autre et réciproquement.

Nous n'avons donc aucune raison de considérer l'ulcère comme un produit ontologique, étranger à l'organisme, comme on l'a fait autrefois, et comme malheureusement on tend encore parfois à le faire de nos jours. Nous ne saurions comprendre comment un ulcère de la jambe peut être une sorte de sécrétion supplémentaire dans le cas de suppression de la menstruation ou d'un flux hémorrhoïdaire ; car, dans chaque cas, nous pouvons expliquer d'une manière tout à fait satisfaisante le développement et la durée de l'ulcère par des conditions locales et mécaniques, varices, dermatite, grattage, œdème par obstacle à la circulation, hémorrhagie, tandis que nous ne saurions trouver une relation physiologique entre l'ulcère et la menstruation ou les hémorrhoïdes. Nous ne pouvons comprendre comment des pathologistes éclairés peuvent croire qu'ils neutralisent, par l'établissement d'un exutoire au bras, les suites soi-disant fâcheuses de la guérison d'un ulcère de la jambe, comme si celui-ci, poussé çà et là, comme une navette, pouvait être porté par l'organisme de la jambe au bras : c'est là une supposition tout à fait antiphysiologique.

Aucune perte de liquides nourriciers, que ce soit par inflammation ou suppuration, n'est nécessaire à la santé. Toute perte de substance, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, est une perte pour l'organisme, et, quand elle s'accompagne, pendant des mois et des années, d'une sécrétion abondante, d'une déperdition constante de sucs, elle a des conséquences fâcheuses pour tout le monde, mais encore plus fâcheuses quand elle atteint un individu affaibli par d'autres causes, sans compter que toute plaie douloureuse ou suppurante détermine des troubles dans les rapports sociaux et dans l'exercice de la profession de celui qui la porte. Aussi, n'hésiterons-nous jamais et considérerons-

nous comme un devoir d'employer tous les moyens pour guérir les ulcères, et cela le plus rapidement et le plus sûrement possible; nous sommes persuadés que le malade ne fera qu'y gagner, et nous ne craignons pas de déterminer ces métastases sur les viscères que personne n'a encore produites et qui sont scientifiquement impossibles (1).

---

(1) Cette proposition, basée sur l'exclusivisme de l'école anatomique, est contraire aux enseignements de la tradition médicale, contraire à tout ce que commence à *expliquer scientifiquement* la médecine actuelle. La connaissance précise des accidents qui se produisent chez les sujets atteints *d'insuffisance rénale*, et généralement d'*insuffisance* des divers *émonctoires*, la connaissance des *toxémies* et des *infections bacillaires*, *ptomaïniques*, etc., permettent de *comprendre* pourquoi, *dans ces conditions déterminées*, des phénomènes viscéraux graves ont pu être observés à la suite de la suppression de *certains vieux ulcères lépreux*, par exemple, de certaines *plaies ouvertes* chez *les scrofulo-tuberculeux*, etc., c'est-à-dire d' « émonctoires artificiels », par lesquels peut s'écouler une partie des éléments infectieux ou toxiques. D'autre part, les notions nouvelles sur le *transfert*, sur les réflexes vasculaires trophiques, etc., ont encore élargi le cercle des *actions médicatrices incomprises*. Cela doit suffire pour rendre le praticien circonspect, et nous suffit à nous pour dire aux jeunes médecins : En ce point, comme sur les autres, ne jurez sur la parole de qui que ce soit. Avant de supprimer un ulcère ancien, voyez d'abord quel est l'état du malade, examinez s'il présente une lésion viscérale pouvant compromettre son existence; s'il en est ainsi, restez sur la réserve, gardez-vous de toute décision systématique.

Voici, en fait, toute la question : 1° *Un ulcère provoqué est-il, en réalité, oui ou non, sans action sur une lésion préexistante d'un organe rapproché ou éloigné, ou sur un trouble fonctionnel?* Il ne s'agit pas ici, en ce moment, qu'on veuille bien le remarquer, d'*interprétation*, mais de constatation *de fait*. Hebra et le professeur Kaposi disent non; nous répondons oui, et nous avons l'assurance d'avoir avec nous la majorité des observateurs.

On voudra bien remarquer que nous ne descendons pas dans le détail, et que nous ne recherchons pas le degré de cette action, son caractère favorable ou défavorable; nous contestons seulement à l'auteur le bien fondé de sa proposition, quand il affirme que jamais un vésicatoire ni une cautérisation, un cautère ou un ulcère n'ont d'action sur un état pathologique préexistant.

2° *Un ulcère subsistant depuis un temps plus ou moins long peut-il toujours, et dans tous les cas, être supprimé, sans inconvénient pour un état morbide existant en un autre point de l'économie?*

Hebra et Kaposi déclarent absolument que oui, et considèrent en quelque pitié les médecins qui pensent autrement; nous ne partageons pas leur sentiment. Que l'application d'un cautère ou d'un vésicatoire soit sans action dans un grand nombre de cas, ou que leur suppression

Comme les ulcères ne diffèrent que par l'espèce et non par l'essence de leurs causes, ils présentent tous un certain nombre de symptômes communs.

On distingue, pour tout ulcère, des phénomènes objectifs, l'état du fond et des bords, la forme, l'étendue, le mode d'accroissement, la nature de la sécrétion, et, de plus, un certain nombre de manifestations subjectives concomitantes.

Le fond de l'ulcère est, en général, jaune grisâtre, lisse ou inégal, recouvert d'une sécrétion visqueuse, infiltré de pus, en raison de la destruction moléculaire qui s'y fait. Les bords sont taillés à pic ou se confondent peu à peu avec les parties voisines, réguliers et déchiquetés, d'autres fois plus ou moins décollés, sinueux, mobiles ou adhérents, mous ou infiltrés par un exsudat inflammatoire, facilement saignants, comme peut l'être parfois aussi le fond, ou recouverts d'une sécrétion grisâtre. Le pourtour de l'ulcère, des bords et du fond, est enflammé, tuméfié, ou ne présente que de légères modifications ; il peut être presque normal ou œdématié, induré, dense, calleux, ou encore infiltré par un néoplasme spécifique (lupus, tuberculose miliaire, carcinome, syphilis). Quant à la forme, un ulcère de petite étendue est habituellement circulaire ou arrondi ; plus étendu, il a une forme irrégulière, sinueuse, il est profond ou cratériforme, anfractueux ou lisse, il peut avoir l'apparence d'une érosion, ou la dimension d'une pièce de 50 centimes, celle d'une pièce de 5 francs en argent, ou s'étendre à la moitié ou à la totalité de tout un membre.

La sécrétion de l'ulcère diffère en général, quant à sa constitution, du pus bon et louable. Elle est abondante ou rare, mal liée, analogue à

---

soit inoffensive dans beaucoup de circonstances, personne ne le conteste, et la pratique commune de tous les médecins éclairés le démontre surabondamment.

Mais affirmer que cette règle est absolue, enseigner aux jeunes médecins qu'ils *doivent* systématiquement, *chez tous les malades*, supprimer au plus vite les ulcères anciennement existants, sans se préoccuper d'ailleurs de l'état organopathique de ces malades, voilà ce qui ne saurait être accepté. Nombre de praticiens éminents, dépourvus de toute servilité doctrinale, continuent à affirmer que la suppression de ces vieux ulcères, de ces vieux eczémas suintants des jambes chez les goutteux, les bronchitiques, etc. ; de l'eczéma ancien du cuir chevelu chez les cérébraux, etc., etc., peuvent être suivis, à bref délai, d'accidents rénaux, pulmonaires, cérébraux, etc., et que la reproduction de ces mêmes ulcères, de ces mêmes eczémas, etc., a mis parfois fin à ces accidents. Cela suffit pour rendre le praticien circonspect et le mettre à l'abri des négations systématiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

du petit lait, pauvre en éléments figurés ou d'un aspect plus transparent, visqueuse, collante, ou hémorrhagique, et, selon le cas, soit inodore, soit d'une odeur infecte (1). Elle se dessèche en croûtes de coloration et d'épaisseur variables, qui, dans les cas où elles ont une certaine étendue, sont scutiformes et semblables aux croûtes du rupia, ou, quand la sécrétion est peu abondante, ne font que recouvrir l'ulcère d'une couche gommeuse. On a attribué à la sécrétion des ulcères une composition spéciale, et on a signalé l'augmentation des sels, surtout du phosphate ou de l'urate de soude, dans le cas d'ulcères arthritiques; on y a en outre observé parfois une coloration bleue que certains auteurs expliquent par la présence de vibrions bleus, que d'autres, comme Girard et Fordoz, attribuent à l'existence de la pyocyanine et de la pyoxanthose.

On a signalé aussi une odeur spéciale du pus des ulcères.

Quant aux manifestations subjectives, certains ulcères sont indolents, d'autres très douloureux, d'où la distinction en ulcères asthéniques et ulcères irritables.

Dans la marche de l'ulcère, on distingue le stade de destruction, qui peut durer des semaines, des mois, des années, et pendant lequel il garde son caractère primitif, et le stade de réparation, dans lequel il entre une fois que l'on est parvenu à écarter ses causes prochaines, prenant alors l'aspect d'une plaie normale. Certains ulcères ont une marche typique, bien déterminée; d'autres ont une marche et une durée atypiques, indéfinies. Les ulcères phlegmoneux, diphtéritiques, pseudomembraneux sont des variétés qui s'écartent du type ordinaire; les ulcères serpigineux, réniformes, indiquent un mode spécial d'accroissement par destruction des tissus ambiants.

La terminaison locale de tout ulcère est, à quelques exceptions près, la transformation en une plaie simple, granuleuse, et la guérison par cicatrisation (voir T. II, p. 303).

Tout cela, ainsi que le pronostic et l'influence de l'ulcère sur les points atteints et sur l'orgaaisme tout entier, dépendent de l'altération anatomique qui lui a donné naissance; c'est d'après elle seulement que l'on peut établir une division rationnelle des ulcères. Nous diviserons donc les ulcères cutanés en deux groupes : 1° ulcères dus à l'inflammation, ulcères inflammatoires; 2° ulcères survenus sur des néoplasmes.

---

(1) La recherche et la constatation des microorganismes pathogènes spécifiques — microphytes, bactéries, coccidies, etc., est aujourd'hui celle qui importe au premier chef.

E. B. — A. D.

Les ulcères inflammatoires (1) peuvent être divisés encore en ulcères contagieux et non contagieux, et chacune de ces deux classes en ulcères idiopathiques et symptomatiques, suivant les caractères de l'inflammation qui leur a donné naissance.

L'ulcère inflammatoire, idiopathique, non contagieux, peut survenir à la suite de toute inflammation idiopathique de la peau, telle que dermatite aiguë ou chronique, abcès, excoriations, eczéma, pustules vaccinales. Il en est ainsi lorsque, par le grattage, des compressions, des tiraillements, la rétention de pus au-dessous des croûtes, des emplâtres irritants, des stases sanguines, des varicosités, etc., on détermine une déchirure par étranglement hémorrhagique ou en général un trouble quelconque des bourgeons charnus.

De tous ces ulcères, le plus fréquent est l'ulcère de la jambe, *ulcus cruris;* on trouve dans son mode de développement et dans sa marche presque toutes les conditions qui donnent lieu à l'ulcère en général. On sait qu'on le rencontre le plus souvent chez les sujets atteints de varices, surtout chez les femmes après plusieurs grossesses, ou chez des personnes des deux sexes obligées par leur profession à se tenir durant toute l'année debout plusieurs heures par jour.

Les premiers symptômes qui se manifestent chez ces personnes sont, outre un certain degré d'œdème et des douleurs dans le talon et la plante des pieds, des démangeaisons dans la jambe qui forcent le malade à se gratter, et sont suivies d'excoriations.

Ces petites excoriations superficielles donnent lieu à des pertes de substance d'abord tout à fait planes, puis plus profondes, qui prennent d'autant plus vite le caractère des ulcères, que les hémorrhagies, l'œdème, les tiraillements, les lésions mécaniques par compression ou par violence extérieure, la lymphangite ou la dermatite concomitantes dues à la rétention du pus sous les croûtes, y sont plus fréquents, et que la formation de granulations destinées à réparer la perte de substance y est plus troublée. Puis surviennent la callosité des bords de l'ulcère, déterminée par des inflammations répétées, la tendance fréquente à la néoformation du tissu connectif (cicatriciel), la grande extension que prennent ces bords, la constriction des vaisseaux afférents par les circonstances qui font de l'ulcère de la jambe, une fois constitué et assez étendu, une affection qui dure pendant des années, très douloureuse et fort pénible, sinon incurable.

---

(1) Cette qualification d' « inflammatoire » ne saurait plus être prise *à la lettre*. Dans tous les « ulcères » proprement dits, il intervient un autre élément qui, *seul*, peut servir à les dénommer véritablement.
E. B. — A. D.

L'ulcère de la jambe siège le plus souvent au tiers moyen ou inférieur, d'un seul ou des deux côtés, surtout à la face antérieure; il occupe une partie plus ou moins grande, rarement la totalité du pourtour de la jambe. Les petits ulcères sont ronds, ovales; les grands ont une forme irrégulière et ont, suivant leur âge, des bords calleux, déchiquetés, et se compliquent d'un épaississement éléphantiasique plus ou moins prononcé de tout le membre.

Cet ulcère simple, variqueux, *ulcus e varicibus*, se distingue de l'ulcère syphilitique par son siège superficiel, bien qu'il occupe en général une étendue assez vaste, par son indolence presque complète et par l'absence d'infiltration gommeuse circonscrite du voisinage, par son mode de début lié à une inflammation chronique du tissu où il se développe.

Si l'on se reporte ainsi au début de l'ulcère de la jambe, on voit nettement qu'il ne dépend que de troubles circulatoires ou nutritifs des tissus, et on abandonne les idées anciennes sur les propriétés de dérivation et de substitution de cet ulcère (1). On cherchera, au contraire, à le combattre et à le guérir le plus tôt possible. Les chances de guérir un ulcère varient nécessairement selon ses dimensions, son ancienneté, l'état des tissus qui l'entourent, etc.

Quant au traitement, on n'aura qu'à suivre les règles chirurgicales ordinaires. S'il y a des phénomènes inflammatoires, il faudra tout d'abord les combattre par la position horizontale ou élevée du membre et par l'application du froid. Puis on provoquera l'élimination des couches supérieures, qui ont subi une destruction moléculaire, par l'application de gypse bitumineux pulvérisé qu'on obtient en triturant de l'huile de hêtre avec du gypse, ou de la poudre de charbon de tilleul, ou encore le pansement de Lister, etc. On surveillera attentivement la formation des granulations, soit en l'excitant avec une solution de potasse caustique, 0,1 pour 50,0 d'eau distillée, soit en modérant sa prolifération luxuriante par la cautérisation ou le raclage, ou par des pansements caustiques et astringents, tels qu'une solution d'acétate de cuivre, la pommade au précipité rouge, le nitrate d'argent, la poudre d'alun et autres moyens analogues.

Les bains continus sont extrêmement utiles, non seulement pour aider à la réparation de l'ulcère, mais encore pour diminuer les complications inflammatoires phlegmoneuses. Un bandage compressif méthodiquement appliqué, et allant des orteils jusqu'au-dessus du mollet, au moyen d'une bande de flanelle, et la compression faite directement sur la surface de l'ulcère à l'aide de l'emplâtre de savon domestique, permettent

(1) Voy. plus haut, note 1, page 704. E. B. — A. D.

même au malade de marcher; la compression empêche la dilatation et la déchirure des petites veines et des capillaires, et met obstacle aux hémorrhagies, à l'œdème et à l'exubérance des granulations (1).

---

(1) L'*ulcère de jambe* est l'aboutissant commun d'une série complexe de lésions dont les *causes* elles-mêmes, simples ou spécifiques, virulentes, parasitaires, etc., sont très multipliées, mais au milieu desquelles l'*état de varices* joue le premier rôle. L'intermédiaire essentiel consiste dans les *lésions nerveuses*, auxquelles toutes les conditions dites étiologiques viennent s'adjoindre — Voy. Quénu, *Rev. de chir.*, 1882.

I. Dans la *pathologie exotique*, sous l'action des conditions matérielles, climatériques, hygiéniques, sociales, etc., très variées, auxquelles sont soumis les indigènes ou les immigrants, et sous l'action probable de diverses germinations parasitaires *accessoires*, l'*ulcère de jambe* prend une importance et une physionomie particulières, qui ont motivé une assez riche synonymie — *Ulcère phagédénique des pays chauds, tropical, de la zone tropicale, ulcère de Mozambique*, de *Chine*, de *Cochinchine*, du *Tonkin*, de *Mayotte*, de *Nossi-Bé*, du *Gabon*, etc., etc. En réalité, c'est toujours l'*ulcère de jambe*, bien que l'on puisse, dans les régions exotiques, constater, en même temps, des ulcères en d'autres points du corps, soit par auto-inoculation, etc., soit par coïncidence des lésions de même nature, chez les syphilitiques, par exemple, les scrofulo-tuberculeux, etc. — Cf : P.-E. Guérin, Essai sur l'ulcère de Cochinchine, et de son identité avec certains autres ulcères exotiques indigènes; G. Treille, De l'ulcère phagédénique des pays chauds, *Arch. de méd. navale*, 1874, p. 193; on consultera toute la collection de ce Journal et celle des *Mémoires de médecine militaire;* F. Roux, *Traité prat. des mal. des pays chauds*, etc. Paris, T. III, 1888, p. 434; Édouard Boinet, De l'ulc. phagéd. obs. au Tonkin, Étude clinique, Rech. microbiennes et expérimentales — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. I, 1890, pp. 210, 307.

II. Les *phases* nombreuses de l'*ulcère de jambe*, très inégales en importance et en durée, ont été bien précises, par Ed. Janselme — De l'Ulcère de jambe, des lésions qui le précèdent, et de celles qui le suivent, *Gazette des hôp.*, 1888, p. 793; et Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, *Thèse de Paris*, 1888 — dans les termes suivants :

« Dans une première période, en quelque sorte *préparatoire* de l'ulcère, la jambe variqueuse se désorganise lentement, toutes ses parties constituantes, téguments, nerfs, vaisseaux artériels et veineux, subissent des altérations trophiques plus ou moins considérables.

Quand le terrain a été suffisamment préparé, quand la vitalité des tissus est déjà trop profondément compromise pour leur permettre une résistance efficace, alors tout devient prétexte à ulcération; la cause la plus banale — un léger traumatisme, la rupture d'une varice, un eczéma — suffit pour créer un ulcère presque incurable. C'est ainsi que s'établit la deuxième période ou période *ulcéreuse*.

Mais l'ulcération une fois constituée ne peut persister longtemps, sans s'ac-

Les ulcères dont les bords sont excessivement calleux sont très difficiles à guérir. On peut, à l'aide de bandes agglutinatives allant d'un bord à l'autre, rapprocher mécaniquement les bords et favoriser ainsi la cicatrisation de certains points de la plaie. Nussbaum, d'après des données anciennes, a proposé de faire des incisions profondes et parallèles aux bords calleux des ulcères; ce qui permet de détruire les vaisseaux afférents, de prévenir ainsi les hémorrhagies et de rapprocher les bords de l'ulcère. Les greffes de Reverdin (T. II, p. 307) trouveront aussi d'utiles applications (1).

---

compagner de complications plus ou moins graves. En effet, les tissus profondément modifiés par cette sorte de triade pathogénique : les varices, l'athérome et les altérations nerveuses, se laissent facilement envahir par les germes infectieux au niveau des surfaces labourées par les ulcères, ou dénudées seulement par l'eczéma. De nombreuses *poussées lymphangitiques* se succèdent et, par leur répétition fréquente, aboutissent à l'induration, pseudo-éléphantiasique. Telle est la troisième et dernière période, celle de *dermite hypertrophique*, ou de *pachydermie.* »

III. C'est à la *période préparatoire* que l'*hygiène du membre* atteint peut intervenir surtout, et être presque suffisante: propreté locale absolue, lavages quotidiens au savon; compression méthodique avec les bandes roulées, et quand on ne le pourra pas, au moyen des bas élastiques; supprimer ou diminuer la station debout; combattre rigoureusement toutes les poussées eczémateuses intercurrentes.

A la *période ulcéreuse*, PROPRETÉ ASEPTIQUE ABSOLUE, pansements rares, élévation du membre; repos effectif; compression méthodique surveillée. Presque tous les innombrables médicaments topiques proposés sont bons s'ils sont bien appliqués: *emplâtres de plomb, de Vigo, à l'aristol, au salol, etc., poudres de sous-nitrate de bismuth, d'iodoforme, d'aristol, de sous-carbonate de fer, etc.; fomentations saturnines, de sulfate de cuivre à* 1 *p.* 100 (Gosselin, Quénu), etc., etc.

On *n'oubliera pas* que beaucoup d'ulcères ont une *cause spécifique:* syphilis tertiaire, tuberculose, lèpre, etc., et on en tiendra compte dans la médication.

Tous les accidents lymphangitiques, eczémateux, inflammatoires de cause quelconque, en réalité dus presque exclusivement à l'incurie, à la malpropreté, au manque de soins, doivent être combattus par les moyens antiphlogistiques et antiseptiques appropriés, cataplasmes tièdes, fomentations de solutions de salicylate de soude de 10 à 25 p. 1000, additionnées de 2 à 12 p. 1000 de bicarbonate de soude.

A la *période pachydermique*, traitement tel que nous l'avons indiqué déjà — Voy. *note des Traducteurs*, pp. 138-142.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les *greffes* de Reverdin conviennent à beaucoup de cas, et sont seules applicables à la majorité des *ulcères réfractaires;* mais il en est dans lesquels elles sont *insuffisantes*, et pour lesquelles des *restaurations complètes* peuvent être exécutées.

On doit à PAUL BERGER — *Bullet. de l'Acad. de méd.*, et *Bullet. de la*

Il va sans dire qu'il serait avant tout désirable de guérir la cause prochaine des ulcères de la jambe, les varices, ou d'empêcher leur développement.

C'est à cela que tendent les différentes opérations chirurgicales connues sous le nom de cure radicale des varices, entre autres l'incision et la ligature proposée par Schede et par d'autres, la méthode d'Englisch, qui consiste en injections sous-cutanées d'alcool destinées à enflammer et à oblitérer les veines variqueuses; tous ces procédés, outre les dangers de phlébite, de pyémie, d'embolie, qu'ils peuvent présenter, n'ont en tout cas qu'une valeur très relative, car ils ne peuvent jamais s'appliquer que sur quelques-unes des veines dilatées. Aussi ne reste-t-il que les méthodes purement palliatives, consistant à faire porter continuellement au malade un bandage de flanelle, un bas lacé, et à lui recommander autant que possible la position horizontale du membre (1).

Les ulcères inflammatoires symptomatiques non contagieux sont l'expression d'un état dyscrasique ou constitutionnel spécial; cet état pathologique amène directement l'inflammation et la destruction ulcéreuse des tissus, ou les produit indirectement, en mettant obstacle à la marche normale d'une inflammation et d'une suppuration survenues sous l'influence d'une cause quelconque.

A cette classe appartiennent les ulcères qui se manifestent dans le scorbut, la goutte, l'anémie, la cachexie, l'acné des cachectiques, la scrofulose, et certains autres que l'on peut observer dans le cours de la lèpre. Parmi ces ulcères, il en est dont l'aspect seul indique l'étiologie; ainsi les ulcères scorbutiques sont caractérisés par des hémorrhagies fréquentes, ceux de la goutte par des dépôts uriques, ceux de l'anémie,

---

Soc. de Chirurg., 1889-1890 — des exemples remarquables de guérison des ulcères de jambe par l'autoplastie italienne modifiée. Dans ces opérations, Berger ne cherche pas seulement à déterminer une *cicatrice*, mais — ce qu'aucun procédé de « greffes » ne peut réaliser — à pourvoir le membre de téguments normaux, *doublés d'un tissu cellulaire* qui en permette le glissement. On a, en même temps, pour but, de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences; d'assurer l'état des parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il repose. Les conditions de succès sont que le membre auquel on emprunte les lambeaux soit sain, que les sujets soient jeunes et bien portants. C'est dire que l'application en pourra rarement être faite aux véritables ulcères variqueux.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cf. : Cerné (de Rouen), Cure radicale des varices et des ulcères de jambe — *Bull. de la Soc. de Chirurg.*, oct. 1890.

E. B. — A. D.

qu'on observe d'ailleurs rarement, par la pâleur des tissus, leur peu de réaction, la lenteur de la formation des bourgeons charnus, leur sécrétion séreuse peu abondante.

Les plus fréquents et les mieux connus de ces ulcères sont les ulcères scrofuleux, reconnaissables à leurs bords lâches, très décollés, facilement saignants, atoniques, à leurs bourgeons flasques, à leur sécrétion mal liée, à la lenteur de leur réparation, qui donne lieu à des cicatrices difformes, réticulées. Ils se développent le plus souvent sur la peau enflammée qui recouvre des ganglions scrofuleux en désagrégation caséeuse et suppurés (au cou principalement), ou au niveau de nodosités de la dimension d'une noisette ou d'une noix, indolentes, ramollies, caséeuses, situées, au nombre de deux ou de plusieurs, le long des vaisseaux lymphatiques et ayant une grande ressemblance avec des gommes syphilitiques. Les caractères de l'ulcère, qui plus tard deviennent évidents, permettent de les différencier les uns des autres. Au-dessus des os cariés, les ulcères sont creusés en entonnoir et entourés de proliférations fongueuses.

Dans le traitement des ulcères cutanés scrofuleux, il faut suivre les préceptes ordinaires du traitement des ulcères, et s'attacher à certaines dispositions locales, spéciales. Il faut améliorer la nutrition générale, prescrire le séjour en bon air et un régime approprié ; on obtiendra d'excellents effets de l'usage de l'huile de foie de morue.

Les ulcères tuberculeux (T. II, p. 428), qui proviennent de la tuberculose miliaire vraie de la peau, peuvent en effet suivant leur localisation être éliminés par les caustiques ou guérir en partie ou complètement sous l'influence de l'iodoforme ou de l'iodol.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

L'ulcère que détermine la contagion syphilitique, le chancre (1), est le seul que nous trouvions à ranger au nombre des ulcères inflammatoires contagieux. Ce n'est pas ici le lieu de décrire les caractères

(1) En clinique exacte, le mot de « *chancre* », employé sans qualificatif, n'a qu'une signification relative, sommaire, générale, mais non générique ; les lésions appelées « *chancres* » ont leur individualité distincte, et ne sont nullement des *espèces* d'un même *genre*.

Déclarer qu'une lésion est un *chancre* veut dire seulement qu'elle n'est ni banale, ni traumatique, ni spontanée, au titre de l'herpès, par exemple, mais qu'elle est née du contact d'une altératien semblable, syphilitique ou vénérienne ; c'est lui donner une valeur relative, non absolue. Cette valeur absolue, scientifique, pratique, ne lui peut être fournie que par un qualificatif de nature : chancre *syphilitique*, chancre

spéciaux de l'ulcère chancreux; cela nécessiterait l'étude complète de la syphilis et nous écarterait de notre sujet. Je dirai seulement que, d'après la théorie des unicistes (1), le chancre peut provenir de produits syphilitiques de toutes sortes et appartient dans toutes ses formes au contage syphilitique; les dualistes français, au contraire, admettent que le chancre mou (2) est produit par un contage spécial, le contage chancreux, tandis que le chancre induré reconnaît pour cause le virus syphilitique; enfin, les dualistes allemands pensent que le chancre (3) ne provient que du virus chancreux et n'a rien de commun avec la syphilis, par conséquent qu'il serait préférable de l'appeler ulcère vénérien contagieux (Sigmund).

Le chancre mou, simple, non infectant, est celui qui se montre le plus souvent (4); c'est une perte de substance cratériforme, taillée à l'emporte-pièce, dont les bords et le fond sont lardacés, enflammés,

---

simple, *chancre mixte*. Ne pas s'astreindre à ces règles strictes, c'est perpétuer la confusion dans le langage dermatologique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ceci est du domaine de l'histoire; il n'y a plus d'unicistes, il n'y a plus de « *chancre* », il n'y a que *des* chancres, deux au moins : le chancre simple et le chancre syphilitique, et il est de justice élémentaire de rappeler que cette distinction est due au médecin français Bassereau — 1852; il y faut ajouter le *chancre mixte — chancre de Rollet.*

E. B. — A. D.

(2) La qualification de « *mou* » n'est plus employée que par licence; il est préférable de dire « *chancre simple* », ou, avec Diday, *chancrelle.*

E. B. — A. D.

(3) Nous avons dit, tout à l'heure, que le terme de « chancre » *sans qualificatif* n'avait aucune signification; le temps n'est-il pas venu de ne pas se servir de termes qui prêtent à l'ambiguïté et qui ne comportent pas la discussion scientifique? E. B. — A. D.

(4) Nous avons cependant déjà rectifié cette erreur il y a dix ans : Le chancre mou, le chancre simple, non infectant, *n'est pas* celui qui se montre le plus souvent; en dehors de quelques circonstances *temporaires*, très rares, il est toujours *en minorité*, et souvent il disparaît complètement, ce qui n'arrive malheureusement jamais pour le chancre infectant.

Le chancre *simple* augmente, diminue, disparaît selon certaines conditions de police médicale ou d'état social; le chancre syphilitique est plus immuable, sa fréquence augmente certainement (nous parlons pour Paris et pour Lyon) — Voir, sur ce sujet, les beaux travaux de Charles Mauriac, et, particulièrement : *Rareté actuelle du chancre simple.* Paris, 1876. A peu près complètement disparu avant l'Exposition universelle de 1878, le chancre simple y a été (on l'avait prévu et annoncé — Clerc et d'autres syphiligraphes) réimporté à nouveau, et s'est développé

rouges, tuméfiés, qui suppure beaucoup et est absolument contagieux (1). Il dure de six à sept semaines et présente un stade de destruction et en même temps de contagion, et un stade de réparation, où il prend le caractère d'une plaie ordinaire et n'est plus contagieux.

Puis vient, comme forme typique d'ulcère, le chancre induré, infectant; celui-ci peut provenir d'un chancre mou (2) ou d'une petite nodosité qui apparaît sur le point où s'est faite l'infection, après une incubation de plusieurs jours à deux ou trois semaines (3). Le chancre induré se présente en forme de dépression superficielle, comme creusée à l'évidoir (4); sa sécrétion est peu abondante, et il présente une dureté caractéristique, bien limitée, presque cartilagineuse de ses bords et de son fond. Il guérit au bout de quelques jours (5), n'est inoculable, en

---

dans les couches ouvrières, en raison de conditions particulières d'imperfection de police médicale.

Dans une ville où cette police serait rigoureusement applicable, le chancre mou disparaîtrait sûrement; le chancre syphilitique est *impérissable*, et déjoue toutes les mesures de police. Le premier ne naît, en effet, que du chancre mou; le second naît, *surtout*, de toute une série de lésions syphilitiques de la période secondaire, qui échappent à toute surveillance — Voyez pour complément, Charles MAURIAC, *Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi*, Paris, 1883, 3e et 4e *Leçons*, De la contagion des maladies vénériennes au point de vue démographique, pp. 94 à 172.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il est *indispensable* d'ajouter... et indéfiniment inoculable au malade lui-même — auto-inoculable. E. B. — A. D.

(2) Le chancre induré, infectant, *ne peut provenir* QUE d'une inoculation syphilitique; il peut simplement *succéder*, *sur place*, à un chancre simple, soit que les deux virus aient été inoculés en même temps (*chancre mixte* de Rollet), soit que le chancre simple ait été la plaie sur laquelle a été inoculé *ultérieurement* le virus syphilitique.

(3) Lorsque l'*inoculation* PARAIT plus courte, il faudrait, pour *affirmer* cette brièveté, avoir prouvé par l'inoculation expérimentale qu'il ne s'agit pas d'un chancre *mixte*. E. B. — A. D.

(4) L'accident *primitif*, celui qui se développe au lieu d'inoculation, porte le nom de *chancre*, parce qu'il s'ulcère dans l'immense majorité des cas; mais l'accident primitif n'est pas *d'abord* une ulcération.

La lésion initiale se produit autour des vaisseaux du point inoculé sous forme d'un petit infiltrat assez souvent constatable (chancre maculeux, papuleux, tubercule chancreux); l'extension des lésions vasculaires (sanguines ou lymphatiques), leur mode biotique, déterminent ultérieurement la forme, l'étendue et les phases des phénomènes de régression, et de phlegmasie secondaire, qui fixent la forme, l'étendue et l'évolution du chancre proprement dit. E. B. — A. D.

(5) Nous ne pouvons laisser passer sans la rectifier cette assertion

général (1), que sur des individus non syphilitiques, mais persiste sous forme d'induration plusieurs mois après sa guérison.

Suite de la note des Traducteurs.

que « le chancre induré guérit au bout de quelques jours ». Laissé à sa marche naturelle, l'accident primitif peut, dans quelques cas assez rares de chancres frustes, abortifs, nains, etc. (nous ne disons pas guérir), mais se cicatriser au bout de quelques jours; le plus habituellement cette cicatrisation réclame quelques semaines, elle peut se faire attendre quelques mois. E. B. — A. D.

(1) La *réinoculation* du chancre syphilitique, et la *réinfection* ou *récidive* sont deux questions *distinctes* sur lesquelles il est nécessaire de s'expliquer en quelques mots, mais en *termes clairs*.

1° Réinoculabilité du chancre syphilitique.

I. La *règle*, la loi, de la non-réinoculabilité du chancre syphilique chez le sujet syphilitique n'est pas suffisamment exprimée par le terme de « *en général* » employé par l'auteur. Cependant, les exceptions à cette règle, à cette loi, quelque rares qu'elles demeurent, quelque contestables que soient plusieurs des faits sur lesquels elles reposent, laissent supposer que chez certains sujets, à titre exceptionnel, *la syphilisation complète du tégument* est *retardée* plus ou moins longtemps après le développement de l'accident primitif local. Voilà tout, et c'est déjà quelque chose de considérable, comme on le pressent.

On se gardera bien de considérer comme des réinoculations positives les lésions diverses, purement irritatives, que peut déterminer l'insertion d'une matière septique quelconque. On se gardera surtout d'oublier qu'un chancre induré, d'aspect vulgaire, peut être un *chancre mixte* (chancre de Rollet), et que la lésion produite par la réinoculation peut n'être qu'un chancre vénérien simple. Enfin, la connaissance du *chancre mixte* permet de comprendre comment la syphilis générale éclate parfois chez un individu dont l'accident primitif avait l'*aspect* d'un chancre simple.

II. Le *délai* pendant lequel la syphilis est *réinoculable* au sujet déjà inoculé est très court; l'infection première continuant son cours, et stérilisant de plus en plus les tissus, arrête bientôt le cours des accidents locaux d'inoculation, dont l'incubation propre se trouve d'ailleurs elle-même un peu prolongée, de sorte que les lésions de seconde inoculation n'ont jamais l'intensité de la première. C'est ce qui se passe exactement pour les *revaccinations* jennériennes pratiquées coup sur coup, dont le processus propre diminue progressivement, et cesse rapidement après la *cicatrisation* de la première revaccination.

Le lecteur qui voudra approfondir ce sujet, lira avec grand profit le travail de Erik Pontoppidan : A quel moment la syphilis devient-elle constitutionnelle? — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VI, 1858, p. 193; — et, au point de vue pratique, il méditera la note additionnelle de T. Barthélemy sur les auto-inoculations du chancre syphili-

Suite de la note des Traducteurs.

tique, à propos du travail de Pontoppidan, — *eod. loc.*, p. 200, — dans laquelle l'auteur se demande si ces réinoculations ne sont pas dangereuses pour l'individu à qui on les fait subir, et si elles ne produisent pas une *surinfection.*

2° Réinfection syphilitique ou seconde infection.

I. Lorsqu'un sujet, ayant déjà eu, à une époque plus ou moins reculée, un chancre typique et des accidents secondaires *irrécusables*, contracte un nouveau chancre, *suivi lui-même d'accidents secondaires également incontestables*, force est de reconnaître qu'il a contracté une seconde fois la syphilis, qu'il a, non pas une *rechute*, mais une *récidive* de syphilis; que sa syphilis première est suivie d'une seconde; qu'elle est doublée — *Syphilis récidivée, doublée.*

Ces faits sont *extrêmement rares;* un grand nombre de ceux qui sont considérés comme authentiques ne sont que des cas dans lesquels une *syphilide tuberculogommeuse*, apparaissant au lieu d'élection du chancre, souvent au lieu et au voisinage du chancre initial vrai, prend l'*aspect* d'un chancre induré, généralement ulcéreux — *syphilide tertiaire chancriforme.* Quelques caractères particuliers de ce pseudo-chancre et surtout l'absence ultérieure d'accidents secondaires, mettent aisément les choses au clair.

II. Toutefois, dans les cas où la syphilis antérieure — *ce qui est commun en pratique*, — chez le sujet que l'on observe, est *douteuse*, soit parce qu'elle n'a pas été dûment constatée, soit parce qu'elle a été spontanément *fruste*, ou *atténuée par un traitement*, l'ambiguïté est intense *pendant la durée du temps qu'il faut accorder à l'incubation*, et cela d'autant qu'il existe souvent en même temps une adénopathie de voisinage, aussi torpide que celle du chancre syphilitique.

Cette ambiguïté atteint son degré maximum quand la syphilide chancriforme se montre à *une époque assez peu éloignée du début de la première infection syphilitique, pour que des accidents superficiels, des plaques syphilitiques puissent être observés à la suite, après la constatation de ce « chancre » — chancre de retour.* La solution ne peut être, dans ces cas, donnée que pour chaque fait particulier, après une enquête complète et compétente.

Dans ces cas divers, le médecin est d'autant plus *porté à croire à une réinfection que le malade reconnaît s'être exposé à un contact suspect*, et *que l'on peut s'être assuré que ce contact avait été syphilitique.* On avait autrefois supposé que, dans ces cas non suivis d'accidents secondaires) la syphilis avait « *mordu* », mais qu'elle n'avait pu infecter un organisme « *réfractaire* ». Les notions plus précises que l'on possède aujourd'hui sur la vaccination en général, permettent de repousser cette idée. Si le sujet en expérience, ou qui s'expose à une contamination est *vraiment* un syphilitique, et si l'inoculation ou la contamination produisent quelque chose chez lui, ce sera une autre chose, un ecthyma, un herpès, un chancre mou, etc., si ce n'est une irritation simple qui aura

Il y a encore d'autres formes de chancres de source syphilitique, le chancre ambustiforme, phagédénique, gangréneux, serpigineux (1).

---

provoqué, au lieu lésé, la syphilide chancriforme. — Cf. : DU CASTEL; HUMBERT, Cont. à l'étiol. et à l'étude des pseudoch. indurés des anciens syphilitiques — *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat.*, 1890, 1891; MAURIAC, *Leçons sur les mal. vénér. — loc. sup. cit.*; R. W. TAYLOR, A case of second infection with syph. and a case of syphil. infection in a person heredit. syph. — *Journ. of. cut. and. gen. ur. Dis.*, déc. 1890, p. 457.

III. — Il nous suffira d'ajouter que *nous n'avons jamais observé*, et que nous n'avons jamais vu, dans le rayon latéral, *très étendu*, de notre observation, un seul cas de réinfection syphilitique; nous ne nions pas sa possibilité; nous déclarons seulement ne l'avoir jamais vue, et nous demandons simplement que le praticien se tienne *sur ses gardes* avant de l'admettre et que, scientifiquement, on exige, pour l'avenir, les preuves les plus absolues et les plus complètes.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) On ne doit pas confondre les *formes dermatographiques primitives* du chancre syphilitique, lesquelles sont très multipliées, avec les *déformations* qu'il peut subir *secondairement*, et qui sont peu nombreuses et relativement rares, dermolymphite, gangrène, phagédénisme, serpiginosité; la plupart de ces *complications* appartiennent *non pas* au chancre syphilitique vrai, mais aux chancres mixtes, ou *non* syphilitiques, ou aux syphilides tertiaires chancriformes.

Mais ce ne sont pas là toutes les difficultés du diagnostic du chancre syphilitique et nous devons faire ici encore une addition.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

DIAGNOSTIC DU CHANCRE SYPHILITIQUE

I

La *multiformité* du chancre syphilitique est une des grandes difficultés du diagnostic pratique de la syphilis *au début;* pour se rompre à ces difficultés, aucune étude dans le livre ne peut suffire; c'est *dans les hôpitaux* spéciaux qu'il *faut* aller faire cet apprentissage laborieux.

En pratique, la *difficulté aiguë*, celle de chaque jour, réside dans les analogies d'aspect que peuvent présenter, pendant un temps variable, diverses lésions du pourtour des orifices naturels : gland, vulve, anus, etc., parmi lesquelles les plus communes sont le *chancre syphilitique*, le *chancre simple*, l'*herpès. Cette difficulté existe, même pour les médecins les plus spécialement versés dans l'étude de ces affections, et il n'est aucun d'eux qui ne soit parfois obligé d'ajourner le jugement.*

Il existe, toutefois, des *points de repère*, anciennement connus ou récemment indiqués, qui peuvent être du plus grand secours; nous les avons réunis dans le *tableau* suivant :

II

SOMMAIRE DU DIAGNOSTIC COMPARATIF DU CHANCRE SYPHILITIQUE, DU CHANCRE SIMPLE (CHANCRE MOU, VÉNÉRIEN; CHANCRELLE) ET DE L'HERPÈS.

Chancre syphilitique.	**Chancre simple.**	**Herpès.**
I. Peut provenir de toute lésion syphilitique contagieuse.	1. Résulte d'une lésion identique à lui.	I, Prédisposition idiosyncrasique; lésions vénériennes locales antérieures; irritation vénérienne.
II. N'apparaît que deux semaines, en moyenne, après la contamination.	II. Est déjà *constitué* deux à trois jours après la contamination.	II. Suit de très près la cause irritante.
III. Début indolent; lésion absolument non prurigineuse.	III. Sensation de rongement survenant par intervalles.	III. Début précédé d'une sensation particulière de prurit léger ou de cuisson, toujours reconnaissable par qui l'a éprouvée.
IV. La lésion de début est une papule, déjà bistre, plate, indolente, à fond parcheminé, à bref délai desquamante.	IV. Lésion creuse dès le début, à fond inégal, anfractueux, pultacé.	IV. Élevures rouges, acuminées, sensibles à la pression, se transformant rapidement en érosions superficielles.
V. Il est unique dans la majorité des cas.	V. Presque toujours multiples, les chancres simples sont disséminés sans ordre. Ils sont presque toujours d'un âge différent, car ils proviennent en général de réinoculations. Ils sont de diamètres différents; ils font *semis*.	V. Dans l'herpès, le plus ordinairement, les vésicules sont très rapprochées les unes des autres. Elles ont toutes le même diamètre. Elles forment *bouquet*.
VI. Base *indurée*.	VI. Base molle; parfois avec rénitence inflammatoire diffuse.	VI. Base souple, rouge, érythémateuse.
VII. Circonférence de niveau avec le fond de l'ulcère; couleur chair musculaire.	VII. Contour non polycyclique; bords élevés, déchiquetés, taillés à pic, décollés, renversés; fond jaunâtre, pultacé.	VII. Circonférence composée de segments de cercles, festonnée, polycyclique, microcyclique, résultant de la fusion de plusieurs petites plaies circulaires.
VIII. Pas de suppuration.	VIII. Sécrétion abondante de pus véritable.	VIII. Sécrétion d'une sérosité claire peu abondante.
IX. Suintement très peu abondant, presque nul.	IX. Sécrétion non augmentée par la pression qu'on exerce sur le fond.	IX. Si l'on presse un herpès on voit sourdre à sa surface une goutte de sérosité transparente. (Voy. plus bas, pour les détails, dans la suite de l'*appendice*.)
X. Pus et cellules épithéliales à l'examen histologique des produits du raclage.	X. Fibres élastiques dans le produit du raclage de l'ulcération.	X. Dans la sécrétion quelques cellules épithéliales et des globules de pus.
XI. Adénopathie constante, multiple, dure, indolente, persistante (pléïade ganglionnaire).	XI. L'adénopathie manque le plus souvent. En cas soit d'irritation, soit de déchirure du fond de l'ulcère, bubon soit inflammatoire, soit chancrelleux (P. Diday).	XI. En général, pas de bubon; dans des cas relativement rares, légère tuméfaction ganglionnaire, peu douloureuse, ne durant que pendant la période inflammatoire, à moins de traitements irritants.
XII. Généralement non auto-inoculable, si ce n'est pendant les premiers jours, et, dans ces cas, la période d'incubation existe toujours.	XII. Presque indéfiniment auto-inoculable; chancre d'inoculation évoluant immédiatement.	XII. L'inoculation produit quelquefois une lésion à développement rapide; mais l'examen histologique des produits du raclage, fait à sa surface, ne fournit pas les caractères histologiques que l'on trouve, dès les premiers jours, dans le chancre simple.

Quelques détails complémentaires sont indispensables sur le *chancre mixte*, qui n'est pas compris dans le tableau ci-dessus, et sur la manière pratique de constater les signes du suintement et les signes du raclage.

I. *Chancre mixte.* — Le *chancre mixte* — J. Rollet — a été constitué expérimentalement, et se réalise, *cliniquement*, environ cinq fois sur cent ulcères vénériens. Il présente, réunis, les caractères du chancre syphilitique et du chancre simple — *induration; réinoculabilité; bords à pic; suppuration; douleur*, etc. L'*adénopathie* est ordinairement *indolente*, mais parfois *mixte* elle-même, c'est-à-dire chancrelleuse. La durée est longue, puisqu'elle comprend les deux évolutions, soit successives, soit empiétant l'une sur l'autre, du chancre simple, puis du chancre syphilitique.

Il en résulte une *diminution apparente* de la durée de l'incubation et un *retard apparent*, caractéristique, dans l'éclosion ultérieure des accidents secondaires (Diday).

II. *Signes du suintement et du raclage.* — Les signes que fournit la quantité relative du liquide exsudé, ou l'examen des produits de la rugination superficielle des érosions de l'herpès ou de la surface des chancres — signes de la pression et du raclage (Leloir) — sans avoir une valeur absolue, doivent cependant être connus, et peuvent être utilisés en pratique. C'est pourquoi nous en donnons ici l'indication détaillée d'après Leloir, Balzer, Thiéry :

1° *Signe du suintement :*

Leloir — Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès, etc., *Journ. des Conn. méd.*, avril 1885, et *Leç. sur la Syph.*, *Progrès médical*, 1886, et tirage à part, 1886, p. 150.

« Prenez un chancre nain, pressez-le entre vos doigts aussi longtemps que vous voudrez, vous ne ferez pas sourdre plus de liquide à sa surface qu'il n'y en a ordinairement. C'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

« Prenez au contraire une érosion d'herpès, d'herpès solitaire dans le cas actuel, pressez-la entre vos doigts, et vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essuyez cette gouttelette, pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essuyez encore, puis pressez encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite. Ceci, Messieurs, vous ne l'observerez pas dans le chancre, dans la variété de chancre nain qui peut être confondue avec cette variété d'herpès solitaire chancriforme.

« Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement, ce suintement n'est pas exagéré par la pression, une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement; suintement bien plus abondant, augmenté par la pression et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois. Vous pouvez vous-mêmes juger de la valeur de ce signe sur les malades que je fais passer devant vous.

« Lorsque le chancre syphilitique repose sur un tissu œdématié, comme

vous l'avez vu dans plusieurs cas de chancre du prépuce, le liquide de l'œdème suinte par l'érosion chancreuse. C'est là une cause d'erreur de diagnostic dont il faut se méfier, comme je vous l'ai déjà dit. »

2° *Signe du raclage :*

I. — Leloir — *Progrès méd.*, 1885 et *Leç. sur la Syphilis*, 1885, 1886. — « S'il s'agit d'un chancre infectant à érosion grise, diphthéroïde, vous trouverez, ainsi que je vous l'ai montré dans les produits de raclage, des débris de fausses membranes provenant de l'altération cavitaire d'une partie de l'épithélium qui recouvre la surface du chancre. Dans le chancre simple, au contraire, comme il y a ulcération ; comme jamais à la surface de cette ulcération il n'existe de réticulum épithélial, vous trouverez simplement dans les produits de raclage des cellules lymphatiques plus ou moins altérées, des débris dissociés de tissu conjonctif du derme, mais pas de fausse membrane, pas de réticulum épithélial.

II. — Balzer — *Soc. de Biol.*, mars 1886. — « Lorsque les signes des chancres sont obscurs, et l'inoculation impossible, et que l'on étudie les produits de sécrétion des diverses ulcérations entre lesquelles on hésite pour établir son diagnostic. Si on trouve seulement du pus, c'est de l'herpès ; s'il y a du pus et des cellules épithéliales, on a affaire à un chancre syphilitique ; s'il y a des fibres élastiques en plus, la lésion est un chancre mou. Ce procédé d'observation m'a réussi dans les quatorze cas où je l'ai mis en usage. »

III. — Paul Thiéry — Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens, *Progrès médical*, 1886, p. 1091, et 1887, p. 3. — « On trouve des fibres élastiques dans la préparation, la lésion peut être un chancre simple ou un chancre syphilitique, jamais d'herpès. En d'autres termes, le diagnostic dans le cas d'hésitation entre chancre simple et herpès nous paraît assuré si l'on trouve des fibres élastiques. Malheureusement il n'en est pas de même si l'on hésite entre chancre syphilitique et chancre simple, bien que, en pareille occurrence, la recherche histologique suivie d'un résultat positif doive nous faire incliner vers le diagnostic : chancre simple, réserves faites pour les chancres syphilitiques à forme térébrante, où il est naturel de trouver des fibres élastiques. »

2° « On ne trouve pas de fibres élastiques. Dans ce cas, *et pour peu que le doute reste dans l'esprit*, soit sur la façon dont a été faite la préparation, soit sur la prédominance des signes qui semblent indiquer un chancre simple, on doit répéter avec soin la préparation : il nous est arrivé, dans un cas, de ne trouver de fibres élastiques qu'à un second examen. — Que conclure en l'absence des fibres ? On peut avoir affaire à l'herpès que ses signes ordinaires, ses caractères transitoires, l'absence des cellules épithéliales dans les préparations pourront différencier facilement du chancre syphilitique (diagnostic histologique exact), soit à un chancre simple (erreur histologique). Nous avons vu, par les chiffres cités plus haut, que les cas sont relativement rares où le chancre simple ne présente pas de fibres élastiques. Pour peu donc que les signes ordinaires s'accordent avec l'idée de chancre syphilitique, on pourra accepter ce diagnostic, du moins mentalement, et sous bénéfice d'inventaire. »

Parmi les divers caractères histologiques que présentent les produits de la rugination *superficielle* des chancres, faite *légèrement* à l'aide d'une curette ou d'une lame, la constatation de la présence des fibres

La valeur nosologique de ces diverses formes de chancres est jugée différemment, selon les vues théoriques que l'on admet. Il nous suffit de dire ici que tous ces ulcères naissent aux lieu et place d'inoculation du virus spécifique, que ce sont par conséquent des ulcères idiopathiques spécifiques ou inflammatoires contagieux.

Leur marche est bien définie, et pour ce qui est de leur caractère d'ulcère, leur pronostic ne diffère guère de celui des ulcères en général. Mais comme ils peuvent ou non avoir dans leurs différents types, comme conséquence, l'infection syphilitique générale, le pronostic variera dans ce sens ; nous ne nous y arrêterons pas. Nous dirons cependant ici, d'une manière générale, que les chancres mous n'entraînent que rarement la syphilis constitutionnelle, tandis que les chancres indurés la déterminent au contraire presque fatalement (1). Quant aux

---

Fin de la note des Traducteurs sur le diagnostic du chancre syphilitique.

élastiques est un des meilleurs signes différentiels du chancre simple et de l'herpès. Nous l'avons souvent constatée *dès les premiers examens*, alors que le chancre était encore « herpétiforme » pour la majorité des observateurs, bien que, dès cette époque, un examen attentif, à la loupe, montre, dès les premières vingt-quatre heures, le début de la disposition cupuliforme, propre au chancre simple.

Cette recherche est fort simple, à la portée de tout praticien et peut se faire extemporanément de la manière suivante, employée actuellement par Jacquet dans notre laboratoire de clinique : 1° Racler doucement et sans effraction la surface de l'ulcération ; 2° porter sur la lame porte-objet et colorer par le picro-carminate à 1 p. 100 ; 3° enlever avec soin l'excès de picro-carmin à l'aide de papier Joseph ; monter dans la glycérine.

Les *fibres élastiques*, avec leurs caractères si spéciaux, apparaissent colorées en jaune, au milieu des globules de pus, et des fibres connectives, de coloration rose.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le chancre simple n'entraîne *jamais* la syphilis. On peut rencontrer des chancres simples indurés, et des chancres syphilitiques qui le sont peu ou pas, ou qui ne le sont que passagèrement ; le terme de chancre *mou* est donc mauvais. Il y a des chancres auto-inoculables qui s'entoureut d'une base dure, et qui, cliniquement et histologiquement, sont des chancres simples, et non des chancres syphilitiques.

D'autre part, lorsqu'un chancre, cliniquement ou histologiquement syphilitique, *n'est pas suivi* d'accidents secondaires appréciables ou appréciés, cela ne veut en aucune façon dire que le sujet qui l'a présenté n'est pas syphilisé, et qu'il n'aura pas, à une époque ultérieure, des accidents syphilitiques incontestables.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

autres formes de chancres, il est impossible, sur ce point, d'établir une règle de fréquence (1).

En dehors de ces conséquences, le traitement du chancre (2) ne diffère pas de celui des autres ulcères ; on le dirigera suivant les principes généraux de la chirurgie, en recommandant, à côté des modes de pansement déjà connus, l'emplâtre mercuriel. C'est dans l'espoir d'arrêter par des moyens spéciaux l'infection imminente du sang, que l'on a recommandé le traitement abortif par la cautérisation ou l'excision (3).

---

(1) Il n'y a que deux *espèces* typiques de chancres : le chancre simple et le chancre syphilitique; les « autres *formes* » appartiennent à l'une ou à l'autre espèce, ou à l'espèce *mixte*, le chancre de Rollet.

E. B. — A. D.

(2) Le traitement « *du chancre* » diffère fondamentalement selon qu'il s'agit du chancre *simple*, ou du chancre *syphilitique;* essentiellement et exclusivement *local* dans le premier, il ne comporte dans le second, en dehors du traitement général, que des *pansements* appropriés à sa forme et à son degré.

Non seulement il est inutile de pratiquer, à titre banal, comme le fait la généralité des médecins, des cautérisations sur le chancre syphilitique, mais cette pratique est communément mauvaise : Les cautérisations intempestives, en détruisant les tissus sains en même temps que l'infiltrat néoplasique, produisent souvent des *cicatrices* visibles, lesquelles ne sont pas dans l'éventualité du chancre syphilitique, laissé à son évolution, ou convenablement dirigé. On comprend de quelle importance est ce point, surtout si le chancre a son siège au visage.

Aux organes génitaux, les meilleurs moyens de mener le chancre rapidement à guérison, et à bonne cicatrisation, sont, en même temps qu'une médication générale réglée, *la propreté locale absolue*, la protection du chancre contre toutes les causes d'irritation et particulièrement contre le *contact de l'urine;* son pansement avec le coton hydrophile, la gaze iodoformée, et sur les parties découvertes, l'emplâtre de Vigo *fin*, etc. Les *cautérisations* ne sont légitimes et utiles, que, s'il y a lieu, pendant la période de réparation et de bourgeonnement; elles doivent être superficielles, et faites avec le crayon de nitrate d'argent mitigé. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(3) C'est là, en effet, une tentative bien légitime *en principe*, et que l'on ne doit pas condamner sans examen; mais il est malheureusement trop probable que, l'inoculation une fois faite, il se produit simultanément, ou à bref délai, un travail de germination locale, et une pollution générale.

Cependant, un intervalle existant entre les deux ordres de faits, nous ne sommes pas d'avis de refuser la cautérisation ou l'excision, quelque aléatoires qu'elles puissent être, si les conditions d'insertion du chancre s'y prêtent, et si son évolution n'est pas trop avancée. Nous ne consentons pas à l'excision si le chancre est entièrement développé, et si l'infection ganglionnaire est manifeste.

Les excisions que nous avons autorisées ou conseillées (à l'exception

Enfin on a recherché à plusieurs reprises dans la constitution anatomique du chancre, qui diffère à peine, dans ses plus fines nuances, de celle d'un ulcère inflammatoire simple, la raison de la virulence constatée cliniquement et de l'induration spéciale (1), sans jamais y parvenir d'une façon définitive.

---

peut-être de l'une d'elles exécutée par Julien à notre demande, n'ont pas empêché la syphilis d'évoluer ; mais nous devons dire qu'aucun accident n'a suivi les opérations exécutées.

Le professeur Gailleton a fait plusieurs excisions : dans un de ces cas, il ne s'était encore rien produit après cent jours (opération le cinquième jour) ; dans une autre, pratiquée le troisième jour, on n'avait rien observé au cent vingtième jour.

Cf. : J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, 1790, Tome II, p. 399 à 412. — Ribes (père), Considérations sur l'excision et la cautérisation des chancres vénériens. *Hygie*, Bruxelles, 1827, II, 73-95. — H. Köbner, *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*, 1864, p. 67. — J. Neumann, Ueber die excision von indurirten Schankern und der Abschnürrung mittelst der elastischen Ligatur. *Allg. Wien. med. Zeitung*, 1873, XVIII, 491. — F. Kaszlinski, Ueber excision der Schanker, *Thèse de Greisfswald*, 1874. — H. Auspitz, Ueber die Excision der syphilitischen Initial-Sclerose, *Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis*, 1877, p. 107. — Th. Kölliker, Ueber Excision der syphilitischen Initialsklerose (Vortrag. gehalten *in der physikatisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg*), le 6 juillet 1878. — H. Auspitz, Ueber die Excision der Hunterschen Induration, *Wiener mediz. Presse*, 1878, XIX, 1565-1599 ; 1879, XX, 537-572. — E. Klink, Kilka w. uwag z powodu wycinania tak zwanzch sywankro'w twarkych (excision de la sclérose initiale), Medycyno Warszawa. 1879. Zur Frage der Excision der syphilitischen Initial-Sklerose. *Viertelj. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1880. Wien, VII, 281-292. — Chadzynski, Sur la valeur prophylactique de l'excision de la sclérose syphilitique initiale. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1880, 461-476. — Riedinger, Excision einer sogenannten Initialsklerose, *Med. chir. Centralblatt. Wien*, 1880, XV, p. 136.

H. Zeissl, Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose, und die Behandlung der Syphilis, *Wien. med. Presse*, 1880, XXI, p. 868, 899, 929. — Leloir, *Ann, de Dermat. et de Syph.*, 1881. — Tomashensky, De l'excision du chancre syphilitique, *Wratsch*, n° 26, 1882.

Mauriac, Excision d'un chancre syphilitique à la quarante-huitième heure de sa durée, *Annales de Dermatol. et Syphil.*, 1881, p. 533. — E. Schiff, Beiträge zur Frage der Excision der syphilitischen Initialsklerose, *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 519. — Diday, Éradication de la Syphilis, *Semaine médicale*, 1884, n° 21, p. 213. — J. Böhm, Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose, *Thèse de Breslau*, 2 septembre 1886. Cette thèse comprend un relevé de 672 cas d'excisions. — Thiéry, Traitement chirurgical non compliqué, *Gazette médicale de Paris*, 17 mars 1887. — Tarnowsky, Ein Fall frühzeitiger Excision des syphilitischen Primaraffertes, *Viertel f. Dermat. u. Syph.*, n° 4, 1887.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voyez Cornil, *Leçons sur la syphilis*, Paris, p. 38 et suiv. — L'épaississement scléreux inflammatoire des tuniques (*adventices*), des vaisseaux artériels et veineux, est constant dans le chancre induré et le

Quant au second groupe d'ulcères cutanés, à ceux qui résultent de néoplasmes, nous nous en sommes occupé en parlant du lupus, du carcinome, du sarcome, de la tuberculose, de la lèpre. Il faudrait y ajouter ceux qui proviennent d'un tubercule cutané, symptôme de syphilis constitutionnelle (syphilides ulcéreuses) ; nous en avons déjà parlé à propos des dermatoses syphilitiques (p. 581).

---

distingue à la fois des syphilides, des lésions inflammatoires communes, et du chancre simple. Voici, d'après cet histologiste éminent, l'opposition à établir entre les caractères anatomiques des deux chancres :

Chancre simple. — Cratère béant, résultant de la destruction rapide, complète, des couches superficielles et profondes de l'épiderme, et de la fonte suppurative progressive des couches papillaire et dermique ; les papilles, le tissu conjonctif du derme et le tissu sous-dermique se transforment en un tissu de bourgeons charnus, dans lequel la charpente fibreuse se dissocie et se détruit.

Chancre syphilitique. — Sclérose du tissu-dermo papillaire et épaississement des parois des vaisseaux ; l'épithélium superficiel et le corps muqueux sont en partie conservés, même à la surface ulcérée ou érodée, et il reste presque constamment des plaques de cellules du corps muqueux ; la sécrétion, peu abondante, contient un nombre relativement minime de cellules lymphatiques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

ONZIÈME CLASSE

NÉVROSES CUTANÉES

NÉVROSES CUTANÉES DE LA MOTILITÉ, DE LA SENSIBILITÉ ET TROPHONÉVROSES

CINQUANTIÈME LEÇON

Névroses de la peau, aperçu général. — Troubles de la motilité, de la sensibilité, troubles trophiques. — Prurit cutané, généralisé et local. — Prurit sénile.

Les névroses de la peau sont des affections caractérisées par une altération fonctionnelle des nerfs cutanés, sans modification concomitante de la structure de la peau (1). Comme cette fonction se révèle de trois manières différentes, nous devrions distinguer également les névroses correspondant à leur trouble sous trois formes différentes : les

---

(1) Dans l'état actuel, le terme de « *névrose* » ne saurait recevoir une dénomination ferme : toutes les conceptions anciennes de trouble fonctionnel pur sont périmées; chaque jour, les progrès de l'anatomie et de la physiologie pathologiques du système nerveux montrent des altérations matérielles, soit du tissu nerveux lui-même, aux centres ou à la périphérie, soit des altérations de son irrigation sanguine, des actions toxiques, etc., là où on ne soupçonnait l'existence d'aucun trouble physique; la série des découvertes à faire dans cette direction n'est pas épuisée.

En ce qui concerne le tégument externe, en outre, il reste encore beaucoup à apprendre sur l'anatomie et sur la physiologie des nerfs cutanés, sur l'innervation épidermique, et l'on sait, à n'en pas douter, que la plupart des « névroses » traditionnelles sont attachées à des lésions nerveuses périphériques, intermédiaires, ou centrales; ce sont des *symptômes*, non des maladies. Nous rappellerons, tout à l'heure, à titre général — ce que nous avons établi à titre particulier dans le cours de nos commentaires, en maint endroit de cet ouvrage — que, de même qu'il n'y a pas à proprement parler de « névroses » cutanées; de même il n'y a pas lieu de fonder une classe de « *dermatonévroses* » ou de « *trophonévroses* » tégumentaires.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

névroses de la motilité, les névroses vasomotrices ou trophiques, les névroses de la sensibilité. Je laisserai de côté la question encore litigieuse de l'existence des nerfs trophiques.

Comme névrose de la motilité de la peau, nous citerons la chair de poule, *cutis anserina;* cet état si connu qui consiste dans l'érection des follicules pileux sous forme de petites papules dures, pointues, recouvertes de légères squames ou traversées par un poil, et que l'on observe au tronc et surtout aux membres du côté de l'extension. Cet état résulte de la contraction des fibres lisses des follicules.

Il ne faudrait cependant pas considérer comme névrose l'état connu sous le nom de lichen pilaire et qui est le degré le moins avancé de l'ichthyose; car on ne saurait admettre que les fibres des follicules restassent pendant des années en état de contraction. Nous ne considérons ici que la peau ansérine due à une contraction nerveuse des érecteurs des follicules. Celle-ci peut être la conséquence d'une irritation directe ou indirecte des nerfs cutanés; directe, par de brusques changements de température, par le passage du chaud au froid, toutes circonstances qui peuvent agir également sur d'autres muscles du corps et déterminer le frisson, le tremblement, des inspirations profondes et brusques; c'est ce qu'on observe, par exemple, quand on passe sous une douche froide, quand on entre dans un bain chaud; indirecte, par réflexe cérébral, dans le cas d'émotions morales, de frayeurs, d'impressions réelles ou fictives à la lecture ou à la vue de scènes de terreur. Logiquement, on devrait même considérer la peau ansérine comme un phénomène physiologique, puisque dans les circonstances indiquées ci-dessus, elle se produit chez tous les individus normalement constitués (1).

---

(1) La désignation de « *peau ansérine, chair de poule* » s'applique, aussi bien vulgairement que dans le langage médical, à désigner deux choses toutes distinctes : l'une, le phénomène banal et *transitoire* de l'érection des follicules pileux sous l'action d'une impression portant sur les centres, ou sur la périphérie d'abord; ce n'est pas une *maladie*, ni même un symptôme, c'est un fait physiologique ou physiopathologique, mais physiologique. L'autre est la « *peau rude permanente* » dans laquelle un état de *contraction* des érecteurs peut entrer comme partie prenante, mais aussi dans laquelle l'élément essentiel réside dans une altération matérielle des follicules, comme dans ce que nous avons décrit sous le nom de *xérodermie pilaire*, *d'ichthyose pilaire* — p. 69, *Appendice des traducteurs*, — et dans une série d'autres affections de l'ordre du *lichen* et du *prurigo;* c'est alors réellement un *état pathologique*, une *lésion* ayant assez importante pour caractériser une « maladie » déterminée, en attendant que sa nature, et sa condition pathogénique, soient mieux connues.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

On peut ranger parmi les névroses trophiques de la peau, un grand nombre d'affections qui se manifestent par des troubles de nutrition dus à des anomalies du système nerveux : telles sont les affections dites angionerveuses, le zoster, les processus inflammatoires, l'atrophie et l'hypertrophie, l'anidrose et l'hyperidrose sur le trajet de nerfs lésés ou altérés pathologiquement, la lèpre; la gangrène dans les paralysies, le décubitus aigu dans certaines affections du système nerveux central, etc.

Non seulement les processus cités ci-dessus, mais encore beaucoup d'autres, presque tous les processus ayant pour siége le tégument externe, l'érythème, l'urticaire, le purpura, l'acné, le nœvus, le prurigo, l'ichthyose, etc., etc., ont été signalés — à la vérité, il n'y a que peu de temps — avec une prédilection et dans une intention toutes particulières, comme des angionévroses, des trophonévroses, des dermatoneuroses neuropathiques. Mais ce caractère névropathique n'appartient en réalité qu'à un petit nombre d'affections de la peau, dans lesquelles la neuropathie est démontrée d'une manière positive, tout comme la relation avec l'altération pathologique de la peau est physiologiquement établie ou du moins rendue vraisemblable. Pour la plus grande partie de ces affections, au contraire, ces conditions ne sont pas remplies ou ne le sont que d'une façon erronée ou arbitraire. Abstraction faite de ces cas, les formes citées en premier lieu, même le zoster, ne représentent nullement des névroses dans le sens pathologique traditionnel, car elles sont caractérisées, chacune dans leur genre, par des altérations de nutrition de la peau, altérations précises et évoluant d'une manière déterminée. Ces lésions, tant que leurs rapports neuro-pathologiques ne seront pas mieux élucidés qu'ils ne le sont jusqu'à présent, présentent, comme altérations de nutrition de la peau, les caractères cliniques typiques propres à fonder le diagnostic. Il ne me paraît donc pas juste actuellement de grouper, d'interpréter et de classer les maladies de la peau autrement que les affections similaires des autres organes, par exemple des poumons, du cœur, des reins, affections qui sont certainement aussi de nature purement neurotique, en tant qu'elles se présentent comme des altérations et des processus de nutrition, quand même ceux-ci seraient sous la dépendance d'états pathologiques du système nerveux central ou périphérique. Il faut donc les expliquer, les caractériser et les différencier d'après ces altérations anatomo-pathologiques et leurs symptômes cliniques (1).

---

(1) C'est de la manière la plus entière que nous souscrivons à tout ce que le professeur Kaposi vient d'exprimer si clairement, et avec tant

Il ne faut considérer comme névroses vraies (idionévroses, Auspitz) que les affections qui correspondent au caractère indiqué ci-dessus, ce ne sont donc, à proprement parler, que les névroses de la sensibilité.

Les névroses de la sensibilité se manifestent par une exagération ou une diminution de la sensibilité, — hyperesthésies, paresthésies, anesthésies, — ou par une altération qualitative de la sensibilité, prurit, hyperalgésie, analgésie, diminution de la sensibilité au toucher ou à la pression, perversion du sens de la localisation comme on l'observe

---

de précision. Ainsi que nous l'avons montré à l'occasion de chacune des affections au particulier que l'on cherche, aujourd'hui, à constituer en « *classe* », sous le nom de *dermatonévroses* ou de *dermatoneuroses*, de *trophonévroses*, le système nerveux joue, dans plusieurs d'entre elles, un rôle plus ou moins considérable, mais *non primitif*, et jamais immatériel ; il est l'agent exécutif, mais non l'élément pathogénique spécifique et premier ; et il ne saurait servir, *seul*, à donner la *caractéristique nosologique*.

Dans une publication récente, — Des dermatoneuroses, *Journ. des malad. cut. et syph.*, 1re Série, T. I, 1890, p. 321, — qui fait suite à une série de travaux très remarquables sur les lésions du système nerveux observées dans les maladies cutanées, H. Leloir s'étonne, et se plaint, du dédain des auteurs classiques et des dermatologistes en particulier à l'égard « du rôle joué par le système nerveux dans la production des affections dites génériques de la peau ». Nous ne considérons pas, en ce qui nous concerne, ce reproche comme justifié.

Loin de méconnaître le rôle qui appartient au système nerveux, nous nous sommes toujours attachés à le rechercher et à le préciser. Nous déclarons, simplement, que nous ne croyons pas acquise, *de ce chef seul*, une notion de la *nature réelle* de ces états pathologiques, suffisante pour que leur prédominance, dans certains d'entre eux, puisse servir de base à la constitution nosologique de *genres* ou d'*espèces morbides*. Ces genres et ces espèces ne peuvent être basés que sur des caractères particuliers, *exclusifs*, ou bien sur *une communauté* de phénomènes recueillis dans la série entière des causes, de l'évolution, des lésions, de la localisation anatomique, anatomotopographique, etc., etc.

Si l'on veut bien remarquer, en outre, que l'anatomie *normale* du système périphérique comporte encore beaucoup d'obscurités, et que l'anatomie morbide n'est pas encore *assise* — voy. E. Brissaud, Sur la prétendue dégénération nerveuse dans certaines névrites périphériques, *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1890. Si l'on ajoute à cela que le rôle des *vasa nervorum*, lacunes lymphatiques, artères, veines, physiologiquement et pathologiquement, est à peine entrevu; qu'un nombre illimité d'altérations du sang peut *préluder* aux troubles de nutrition des éléments nerveux, on comprendra quelle réserve s'impose, et combien il faut se garder de généraliser trop hâtivement. Voici une lésion de la peau, ulcéreuse ; hier c'était une trophonévrose directe, une névrite périphérique ; aujourd'hui, c'est le résultat d'une lésion des centres, une

habituellement dans l'hystérie, phénomènes concomitants et symptomatiques des affections du système nerveux central et de quelques nerfs périphériques, comme dans le zoster, la lèpre, etc. (1).

Parmi toutes ces névroses de la sensibilité, il est une dermopathie qui se caractérise par un complexus symptomatique bien déterminé, c'est le prurit cutané.

PRURIT CUTANÉ

Nous désignons ainsi (d'après Hebra) une affection chronique de la peau qui est caractérisée par des démangeaisons survenues spontanément, c'est-à-dire sans éruption, sans causes extérieures, telles que des parasites, par exemple. Les démangeaisons dues à des troubles de nutrition de la peau, comme celles de l'eczéma, du prurigo, du lichen ruber, du psoriasis, ou à des épizoaires (poux), ne sont pas du prurit, dans le sens d'une maladie indépendante ; elles ne sont qu'un symptôme concomitant, qu'un réflexe physiologique de ces diverses manifestations cutanées (2).

---

ulcération syringomyélique. Ou encore, une plaque sclérodermique; hier, c'était une trophonévrose par excellence, aujourd'hui ou demain c'est ou ce sera une simple localisation d'un processus artériel généralisé, ou autre chose, et ainsi de suite.

On ne peut cependant pas déclasser, à chaque instant, des affections depuis longtemps dénommées et cliniquement déterminées, au fur et à mesure que le détail de leur trame anatomopathologique se perfectionne, ou se modifie. On peut parfaitement reconnaître, et apprécier, la part qui est prise par le système nerveux dans un processus morbide, sans pour cela n'y plus voir que cette seule part. C'est là la règle générale en nosologie; la pathologie cutanée ne saurait faire exception, et il n'y a aucun motif plausible, ainsi que l'a dit le professeur Kaposi, de classifier les maladies de la peau sur d'autres bases que celles qui régissent les classifications des maladies des autres organes ou appareils.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cf. X. Arnozan — *Art.* Dermalgie, du *Dict. encyclop. des Sc. méd.*
E. B. — A. D.

(2) Les termes de prurit cutané, ou de prurit, ne peuvent, *sans qualificatif*, servir à désigner une affection de la peau proprement dite; le prurit, ou le prurit cutané, ne représentent qu'une variété de dysesthésie, un phénomène, un symptôme, *et non* une maladie.

Si ce symptôme existe seul, *sans lésion de la peau*, et qu'il ne se rattache pas à un état pathologique constitué du tégument, on ne peut l'individualiser qu'en le *qualifiant* selon la cause connue, ou supposée, à laquelle on le rattache — *prurit sénile, prurit ictérique;* ou selon une

L'affection si pénible dont nous nous occupons peut être généralisée à toute la surface du corps, ou n'occuper que certaines régions.

Le prurit généralisé se manifeste par des démangeaisons vives, non continues, mais revenant par accès, plusieurs fois le jour et la nuit. Les accès peuvent être souvent provoqués par une température élevée, la chaleur du lit, des mouvements violents, ou, au contraire, par un repos forcé, par exemple, dans un salon. Les émotions morales ont une influence certaine sur les démangeaisons. La simple pensée, la crainte de les voir se produire, alors que, dans un lieu public, on est dans l'impossibilité de se gratter, suffisent souvent pour provoquer l'accès. Par contre, les distractions peuvent les empêcher ou les retarder.

La démangeaison débute en un point indéterminé, d'abord sous forme d'un léger chatouillement auquel les malades peuvent résister pendant un certain temps; mais la sensation devient de plus en plus forte, et ils commencent à la combattre par la pression ou un grattage modéré; puis la démangeaison prend une intensité extrême, d'autant plus forte qu'on a essayé plus longtemps d'y résister.

Malgré la plus grande force de volonté, les malades ne peuvent plus

---

région anatomotopographique qui lui est propre : *prurit vulvaire*, *prurit anal*, etc.

Quand, au contraire, le prurit existe *en même temps* que des altérations de la peau, et que l'on veut indiquer la *prédominance* de la dysesthésie, on a, pour désigner ce *syndrome* — lésions *et* troubles subjectifs — le mot de *prurigo*. Mais ce terme, *lui-même*, ne représente pas une maladie unique, et il n'a de valeur ferme que s'il est accompagné d'un *qualificatif*.

En vain Hebra a détaché le mot de *Prurigo* de son sens traditionnel, pour l'appliquer exclusivement à une *maladie;* cette maladie, ainsi que nous l'avons proposé — voy. 1re *édit.*, T. II, *note* 1, p. 1; et dans l'*édit. prés.*, *note* 1, p. 719 — pour être régulièrement dénommée, doit être qualifiée, et appelée Prurigo *de Hebra.* Par là, tout malentendu est évité, et le terme de *Prurigo* reste disponible pour désigner diverses affections que l'on dénomme ainsi dans tous les pays, en y ajoutant un qualificatif: prurigo *parasitaire*, prurigo d'*hiver* ou prurigo *de Duhring*, etc., etc. Ce n'est pas trop exiger, pensons-nous, de réclamer des dermatologistes la discipline terminologique nécessaire à la clarté de la langue scientifique internationale.

D'autre part, il est nécessaire de remarquer que toutes les questions qui concernent les « prurits » et les « prurigos » ont besoin d'être reprises et complétées à l'aide d'études nouvelles faites par biopsie, c'est-à-dire dans des conditions qui, *seules,* permettent de fixer certains points délicats d'histologie pathologique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

la réprimer, et ils sont contraints de chercher un endroit où ils puissent, *à leur aise*, se gratter avec les ongles. Ce besoin est si impérieux, qu'il domine pour le moment toute autre considération. Le grattage avec les ongles ne leur suffit pas toujours, et ils se servent, pour calmer la sensibilité nerveuse, de corps rudes, de brosses dures. Le frottement et le grattage augmentent au début les démangeaisons, font naître de l'urticaire, et cependant les malades sont impuissants à s'en abstenir. C'est seulement quand la peau a été énergiquement labourée par les ongles et par les corps rugueux, çà et là hyperhémiée, déchirée, saignante, et que naît enfin une sensation de cuisson, que la démangeaison cesse et que les malades éprouvent, avec un affaissement corporel, un certain calme d'esprit.

Les nuits surtout sont pénibles : parfois le malade est pris d'un accès de prurit au moment où il se déshabille; il s'endort néanmoins, mais peu de temps après un nouvel accès le réveille, et il est tourmenté pendant plusieurs heures par le prurit; il saute hors du lit à différentes reprises, se gratte, s'applique des corps froids sur la peau, cherche par tous les moyens à se procurer du soulagement et, épuisé, n'arrive que vers le matin à goûter un peu de sommeil.

Sur la peau même, on ne trouve pas de lésions autres que celles qui sont déterminées par le grattage, c'est-à-dire des raies, des taches disposées très irrégulièrement, plus ou moins foncées suivant leur ancienneté et leur succession, tandis que le reste de la peau est lisse et sudoral. D'autres fois, dans certains cas de prurit cutané, on observe une sécheresse générale du tégument, ou bien la perspiration est supprimée, sauf au niveau des plis articulaires. Presque toujours il survient de l'urticaire pendant le grattage (1).

---

(1) Chacun sait la part que prend le grattage dans la constitution des lésions cutanées, mais il serait exagéré de croire que la suppression du grattage supprimerait toutes les lésions cutanées prurigineuses. De ce que les irritations externes de la peau provoquent les *pomphi* chez les sujets *urticariens*, il ne s'ensuit pas que tous les pomphi ortiés, pas plus qu'une série variée de lésions propres aux affections prurigineuses, ne dérivent que de ces irritations.

Il est fort remarquable, que, dans *certaines variétés* de prurit vrai, sénile, ou de la nature des *prémonitoires*, que nous allons indiquer tout à l'heure, malgré des grattages énergiques, *il ne se produit ni urticaire, ni lésions de grattage*, mais seulement une *sécheresse générale* de la peau avec état lichénoïde; ces variétés sont généralement plus graves, et rebelles, que celles où le grattage détermine des altérations secondaires, urticaire, excoriations, eczéma, etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

A la suite d'un état qui persiste ainsi des mois et des années, on comprend que, par l'insomnie ou quelquefois aussi à cause du prurit, les malades maigrissent, tombent dans une exaltation morale qui, pendant un accès de démangeaison, peut les conduire jusqu'à l'aliénation mentale et au suicide.

Les causes du prurit généralisé sont dans certains cas assez bien connues. Le prurit sénile, que l'on observe chez quelques vieillards, tient sans doute au marasme sénile ; leur peau est, en effet, très souvent fanée, sèche, ridée, pigmentée en brun. Mais il est des cas où la peau n'offre en rien l'aspect du marasme, et où la couche graisseuse est parfaitement conservée (1).

Le prurit sénile est incurable et dure jusqu'à la fin de la vie.

Le prurit cutané s'observe également chez des adultes de l'un et de l'autre sexe ; chez les hommes, il est lié d'ordinaire à une gastrite chronique, à des dyspepsies, à des douleurs stomacales ou hépatiques, à la constipation ; chez les femmes, il se rattache à des troubles sexuels, dysménorrhée, ménopause ; il est rare qu'on l'observe pendant chaque grossesse. De plus, on peut dans quelques cas trouver, comme cause du prurit, l'albuminurie, la maladie de Bright, le diabète sucré, la tuberculose, la carcinose stomacale et hépatique ; dans beaucoup de cas même, le prurit précède pendant longtemps le développement de ces

---

(1) Le « *prurit sénile* » peut être favorisé dans son développement par la régression des éléments dermo-épidermiques, mais il n'est pas *causé* par lui ; chez les vieillards comme chez l'adulte, il peut être lié à des affections classées : Mal de Bright, glycémie, diverses toxémies, polyurie, lésions carcinomateuses de l'estomac, du foie, du tube digestif, etc. Dans la plupart des cas où nous avons pu l'observer de près, il nous a paru en rapport avec le *rein sénile*, l'insuffisance rénale, et l'altération hématique qu'elle entraîne ; ou avec des auto-infections ou auto-intoxications plus obscures, dues à l'insuffisance hépatique, à la toxicité fécale, etc. Il y a là, au moins, une indication de recherches à poursuivre, et une source d'indications à remplir dans une des plus cruelles affections qui puissent troubler les dernières années de la vie. D'après notre observation, le prurit sénile est plus souvent observé dans la *série goutteuse*, et par conséquent plus fréquent dans la pratique de la ville que dans la pratique nosocomiale.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut observer des prurits, réflexes, localisés, ou généralisés, de cause très difficile à déterminer, qui semblent être, quelquefois, en rapport avec l'existence des *vers intestinaux ;* dans les notions populaires, le *prurit nasal* des enfants indique particulièrement cette origine.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

diverses affections (1). Il est facile de comprendre que les démangeaisons qui accompagnent l'ictère ne sont pas un vrai prurit, mais elles sont déterminées mécaniquement par le dépôt dans la peau de la matière colorante de la bile (prurit par suite d'ictère) (2).

Enfin les émotions morales dépressives, comme celles occasionnées par des revers de fortune, la perte de parents ou de personnes aimées, provoquent incontestablement le prurit cutané généralisé. Il y a là une analogie complète avec les causes qui donnent lieu à l'urticaire chronique.

Quant au pronostic, il n'est absolument fâcheux que dans le prurit sénile : c'est le seul cas, en effet, où il dure toute la vie ; dans tous les autres, le prurit peut disparaître spontanément quand les causes occasionnelles, somatiques ou psychiques, s'amendent ou guérissent. Mais par cela même, on voit qu'on ne peut rien dire de précis sur la

---

(1) (2) Quelle qu'en puisse être l'interprétation, ce fait d'observation n'est pas contestable ; *pendant la période larvée* de plusieurs affections graves, au premier rang desquelles la *carcinose du tube digestif* entier, y compris la cavité buccale et la langue, on peut observer un prurit sans matière, habituellement localisé, tel qu'un prurit scrotal ou vulvaire, souvent atroce.

Un prurit de cet ordre peut aussi apparaître, comme *manifestation première* d'une affection nerveuse à la période de préparation, et rentre dans la série des *dermatoneuroses indicatrices* de LELOIR.

Le *prurigo des ictériques* — nous ne disons pas le *prurit*, car il comprend des altérations cutanées du type papuleux ortié, et des excoriations de grattage — peut, comme les prurits sans matière, *précéder* l'apparition de l'ictère, ainsi que GRAVES en a rapporté des exemples. Ces faits d'observation ont une importance pratique réelle, et doivent être signalés à ce point de vue. La lésion, dont ils dépendent, et dont ils ne sont, à la peau, que la manifestation réflexe, réfléchie, ou transmise, existe préalablement, mais elle n'a pas encore été décelée ; elle est *latente*, *larvée*, et il y a lieu de la *rechercher* dans les cas de prurit inexpliqué — *prurit prémonitoire*. Le prurit *pré*ictérique est bien de nature à faire présumer que *ce n'est pas* la matière colorante de la bile qui est l'agent direct de sa production, mais bien soit l'irritation du foie, soit l'adultération *complexe* du sang qui se produit dans la rétention biliaire.

En 1881, nous avons déposé dans le Musée de Saint-Louis une pièce — n° 737 — représentant le type de ce que nous appelons le *prurigo des ictériques*. Élémentairement, les lésions sont de l'érythème papuleux, ortié, hémorrhagique, développés particulièrement autour des orifices pilaires, et suivis d'excoriations de grattage, toujours légères et superficielles, recouvertes de petites croûtelles sanguines irrégulières.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

durée probable de l'affection, laquelle peut persister pendant de longues années, ou même être complètement incurable.

Le diagnostic du prurit généralisé n'est pas toujours facile. Avant tout, il faut démontrer objectivement que les démangeaisons durent depuis plusieurs mois, ce que l'on reconnaîtra aux altérations de la peau, récentes ou anciennes, irrégulièrement disséminées sur le corps, que détermine le grattage (1).

On contrôlera le diagnostic par les anamnestiques. Puis il faut exclure toutes les autres affections chroniques qui s'accompagnent de démangeaisons, prurigo, gale, parasitisme (punaises, poux des vêtements). Dans ce dernier cas, les grandes excoriations et les pigmentations intenses se trouvent surtout au cou et dans la région sacrée, car les poux habitent principalement les plis des vêtements (2). Le diagnostic d'avec l'urticaire chronique et le pemphigus prurigineux (3) est plus difficile. L'erreur cependant serait sans grande importance, car en réalité ces affections paraissent être nosologiquement assez semblables au prurit cutané; du moins les rencontre-t-on fréquemment dans les mêmes conditions étiologiques (4).

---

(1) Ce caractère de *durée* a une importance de premier ordre ; même chez un vieillard, un prurit *récent* et accompagné de lésions de grattage *ne doit pas* être prématurément diagnostiqué prurit *sénile;* c'est souvent *autre chose.*

Il faut moins de lésions cutanées, et plus de durée, des mois accumulés, pour pouvoir établir le diagnostic *ferme* de prurit sénile, dans lequel, à notre observation, les *lésions* cutanées ne prennent, d'ordinaire, un développement réel que s'il survient une complication rénale, ou autre, et surtout s'il a été fait des applications irritantes. Nous répétons que, dans les cas où l'on trouve chez un vieillard, développées *en peu de semaines*, des altérations cutanées manifestes, des lésions de grattage très accentuées, il s'agit communément d'un *prurigo* de causes diverses, parasitaire, etc., plutôt que d'un prurit cutané sénile, proprement dit.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Voy., plus loin, les *notes* de la *phthiriase des vêtements;* le diagnostic est quelquefois extrêmement ardu, et momentanément insoluble. E. B. — A. D.

(3) Lisez : *dermatites multiformes prurigineuses, maladie de* Duhring et de Brocq, etc. E. B. — A. D.

(4) Le prurit et le prurigo ano-vulvaires, extrêmement fréquents chez la femme à tous les âges, mais surtout à l'âge moyen, et à la ménopause, reconnaissent des causes *très diverses;* quelquefois ils disparaissent sous l'action de moyens empiriques, mais le seul recours *certain* que le médecin ait contre eux est d'en étudier la *pathogénie* dans chaque

Le prurit local est constitué par des accès de démangeaisons chroniques, limitées à certaines régions.

Le prurit des parties génitales chez les femmes est caractérisé par des démangeaisons localisées surtout à la vulve et au vagin, mais qui s'étendent aussi aux parties génitales externes, aux grandes lèvres et au clitoris, et poussent les malades à se gratter, à se frotter énergiquement, déterminant des lésions mécaniques consécutives. Au bout d'un certain temps on y découvre, outre de la rougeur, un catarrhe vaginal, un épaississement eczémateux des grandes et des petites lèvres, l'hypertrophie du prépuce et du clitoris, des excoriations et des croûtes. Les malades qui en sont atteintes sont le plus souvent exaltées, présentent toutes les manifestations connues de l'hystérie, sont parfois nymphomaniaques, sans que le grattage poussé jusqu'à la masturbation, ou le coït même, puissent mettre un terme à l'accès de démangeaison.

Les causes de ce prurit peuvent être les mêmes que celles du prurit généralisé ; souvent le prurit des parties génitales est un prodrome précoce de la carcinose utérine.

Le prurit des parties génitales chez l'homme siège surtout au scrotum et au périnée, au méat urinaire et sur la muqueuse uréthrale, et amène rapidement, par suite du grattage intense qu'il occasione, l'eczéma du scrotum, qui rend alors le diagnostic extrêmement difficile.

---

cas particulier, de *prendre la peine* de mener *à fond* l'enquête générale et locale.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, le prurit ano-vulvaire est l'un de ceux qui sont le plus souvent *prémonitoires*, ou *indicateurs*, non seulement — comme l'indique l'auteur — de la carcinose utérine, *mais de toute une série de lésions de cet organe, même des plus bénignes, telles que la fibromatose.* Nous avons observé, également, ce même prurit, comme prémonitoire de cirrhoses *éloignées*, et comme indicateur de névropathies variées.

Le plus rebelle, le seul absolument rebelle, est le *prurit vrai*, observé chez des femmes souvent très soigneuses de leur personne, qui n'ont ni écoulement vaginal, ni incontinence urinaire, ni *lésions cutanées* de grattage ; seulement à la longue l'usure des poils, la sécheresse de la région, l'épaississement lichénoïde ou éléphantiasique, avec ou sans pigmentation, etc. — prurit névrosique, prémonitoire, ou associé à une névropathie constituée.

Ce *prurit* vulvaire ne doit pas être confondu avec la série infiniment plus nombreuse, et infiniment moins grave, des cas de *prurigo* vulvaire, ou de lésions diverses accompagnées de prurit, dermites diverses, eczématoïdes, etc., le plus souvent dues au contact des liquides vaginaux, urinaire, sudoral, et qu'une hygiène locale, en même temps qu'un traitement approprié, répriment sûrement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Le prurit anal siège à l'anus et à son pourtour, ainsi qu'à la partie inférieure de la muqueuse rectale. Là aussi le grattage fréquent détermine l'eczéma, un catarrhe abondant du rectum, le gonflement et l'inflammation de la muqueuse. Cet état est souvent lié à la présence d'hémorrhoïdes et de bourrelets hémorrhoïdaux.

Le prurit de la paume des mains et de la plante des pieds avec ou sans hyperidrose est plus rare, mais non moins pénible.

Le prurit lingual que je n'ai pas encore observé, est signalé par quelques auteurs (1).

J'ajouterai les démangeaisons décrites par Duhring, de Philadelphie, sous le nom de prurit hibernal, et que l'on observe même chez des personnes jeunes, pendant l'hiver, et qui se localisent aux membres. Je crois que ce n'est pas là une vraie névrose, mais un prurit cutané qui se manifeste par suite de la rugosité et de la dessiccation de l'épiderme dont la cause première est une atmosphère froide et sèche, ainsi que dans les cas de soustraction de la graisse de l'épiderme par l'emploi exagéré des lavages au savon et de l'hydrothérapie (2). Il faut ajouter encore

---

(1) Le prurit de la langue compte au nombre des sensations protéiformes accusées par les malades atteints de *glossodynie* sans lésion apparente, ou sans proportion avec le degré de ces lésions; à ce titre, le prurit lingual, malgré sa rareté, peut être signalé comme indicateur d'un état névropathique en préparation, ou latent.

E. B. — A. D.

(2) Nous nous sommes déjà expliqués clairement — Voy. 1re *édit.* de cette *Traduction*, T. II, p. 381 — sur ce point, et sur cette affection très réelle, que nous avons continué à étudier au cours des années, avec le plus grand soin.

Voici d'abord l'exposé que nous avons donné en 1881 :

Le *Pr. hiemalis*, Pr. d'hiver (Pr. de Duhring), ou Pr. du début de l'hiver, constitue une affection propre très bien différenciée et décrite par notre savant et habile confrère de Philadelphie (*Philadelp. Med. Times*, Jan. 10, 1874; et *A Pratical Treatise of Diseases of the Skin*, p. 521). A la perfection avec laquelle il en décrit les symptômes, on pourrait affirmer qu'il les a observés sur lui-même (les médecins n'en sont pas exempts). Le moment saisonnier précis où la maladie apparaît varie selon les années et les pays; mais on peut, selon nous, le placer exactement à la période des *premiers froids intermittents*, au moment où la perspiration cutanée subit une diminution réelle, qui n'est pas encore régulièrement compensée par l'augmentation de la sécrétion urinaire.

D'après notre observation encore, le début de l'affection coïncide avec le moment où les vêtements d'été sont remplacés par des vêtements plus chauds, et où l'on commence à allumer le feu des appartements et à couvrir davantage les jambes durant la nuit. Son siège de prédilection

l'irritation occasionnée par le prurit coïncidant avec la peau ansérine, état qui se produit souvent lorsque la température est basse, et notammment quand on a le corps nu en changeant de vêtements.

Le traitement du prurit généralisé ou localisé doit s'attaquer surtout, autant du moins que possible, aux conditions étiologi-

---

est aux membres inférieurs, avec prédominance à la face interne, mais non exclusivement, ni absolument.

Le prurigo de Duhring a régulièrement un paroxysme vespéral et nocturne; le moment cruel est la première heure du coucher.

C'est bien, au début, un prurigo sans lésion, un prurit au sens de Hebra; le grattage, les irritations de toute sorte développent secondairement et progressivement de l'urticaire, de l'érythème, et enfin des altérations qui atteignent parfois le degré de l'eczéma, auquel arrive souvent le sujet non prévenu des dangers du grattage, ou non assez courageux pour ne pas se gratter, ou au moins pour ne le faire qu'avec modération.

L'action saisonnière est incontestable, mais nous attachons une importance plus grande que Duhring aux conditions adjuvantes (l'arthritisme) des sujets atteints; le port de vêtements de flanelle, les premières approches de la cheminée ou des poêles, le régime alimentaire, etc., toutes circonstances dont la modification, ou la suppression, améliorent considérablement le mal qu'elles aggravaient certainement.

Pour beaucoup de sujets, cette affection reste fruste, à peine ébauchée; pour d'autres (les arthritiques surtout), elle devient une cause réelle de trouble et d'insomnie; chez les sujets malheureux, en outre, elle peut être le point de départ de déterminations eczémateuses positives, surtout si l'art pharmaceutique intervient à contre-temps, comme cela se voit si communément.

La durée de l'affection varie de quelques semaines à plusieurs mois; elle ne survit pas à l'hiver, et nous l'avons toujours vue disparaître avant la fin de la saison froide, chez les sujets qui se sont soumis à une hygiène locale et générale appropriée.

Duhring recommande les onctions avec la glycérine ou la vaseline, simple ou additionnée d'acide phénique ou de goudron. Notre observation ne concorde sur ce point que pour les premières périodes de l'affection, et il est rare que le médecin soit à ce moment consulté. Plus tard, nous engageons vivement le praticien à une grande prudence : la glycérine et la vaseline soulagent beaucoup les uns, mais produisent chez les autres de vives cuissons et de l'érythème; si on additionne ces substances de préparations actives, celles-ci doivent être employées avec grande réserve, et avec surveillance. Il en est de même des bains, que l'auteur recommande de prendre modérément chauds, et de faire suivre du coucher dans un lit frais. Cela réussit aux uns, et irrite les autres. En tout cas, nous recommandons surtout de maintenir du linge fin sur les parties malades, et de supprimer les contacts avec les vêtements de laine ou de tricot; de se couvrir aussi peu que possible; de prendre, avec les précautions nécessaires, quelques bains tièdes simples ou amidonnés; de poudrer la peau avec de l'oxyde de zinc ou avec du

ques de l'affection. Dans le prurit lié à une affection hépatique ou à une gastrite chronique, on conseillera, outre un régime approprié, une cure aux eaux de Carlsbad, de Marienbad, l'usage interne de la soude, de la magnésie, de la rhubarbe. Dans les cas de troubles des fonctions sexuelles, c'est sur elles qu'on dirigera son attention. Si une dépression morale est cause du prurit, on conseillera un voyage, le changement de résidence, l'usage des plaisirs intellectuels, etc.

Du reste, dans les cas incurables, comme le prurit sénile, et dans les formes plus favorables, il faudra employer contre les accès de prurit tout ce qui pourra atténuer les démangeaisons.

Il est à remarquer que le goudron, qui agit si bien dans d'autres affections accompagnées de démangeaisons, le prurigo, l'eczéma, n'a que peu d'influence sur le prurit généralisé ou localisé. Les médicaments qui donnent à la peau une impression de froid auront une action, du moins passagère : ainsi les badigeonnages répétés de solutions éthérées ou alcoolisées, additionnées ou non d'acide phénique, d'acide salicylique, d'éther sulfurique ou pétroléique. Les bains chauds agissent plus rarement d'une manière favorable ; les douches froides, les enve-

---

bismuth, non avec avec de l'amidon. Chez quelques sujets, les bains de vapeur à basse température réussissent à merveille. Tous les sujets atteints feront bien, en outre, de surveiller leur régime alimentaire.

Notre observation prolongée, et multipliée, n'a fait que nous confirmer dans les notions que nous venons d'exposer. Le rapport avee la saison est incontestable. Voy. sur ce point un travail postérieur, très intéressant de James Nevins Hyde — On the Affect. of the skin induced by temperature variations in cold weather, *The Chicago med. Journ. and Exam.*, 1885 et *tirage à part.* Indépendamment des soins locaux et de l'hygiène que nous avons indiqués, il y a toujours le plus grand bénéfice pour le patient à rectifier tout ce qui, dans sa santé ou dans ses habitudes, prête à modification, l'abus du tabac, l'usage de l'alcool, les altérations qualitatives ou quantitatives de la sécrétion urinaire, etc.

Au point de vue des applications locales, plusieurs malades ont trouvé un soulagement absolu dans les enveloppements de nuit avec la mousseline ou le *lint*, imprégnés d'eau de son tiède ayant bouilli, et recouverts de toile imperméable *absolument fine et légère*, pardessus laquelle on peut faire un enveloppement de flanelle, si le malade a la sensation du froid. Quand les surfaces en état de prurit, *qui chez un même sujet ne sont pas toujours les mêmes au cours de l'évolution du prurigo d'hiver*, ne sont pas très considérables, le pansement le plus efficace, et le plus simple pour quelques cas, peut être fait avec les *emplâtres de zinc* simples et *légers*, préparés de façon à adhérer suffisamment sans laisser leur partie emplastique à la peau, et tels que les fournit, à présent, l'industrie de la pharmacie dans notre pays.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

loppements froids, les bains médicamenteux, de soufre, de soude, d'alun, de sublimé, sont plus souvent efficaces.

Contre le prurit vulvaire et vaginal, on emploiera ces mêmes bains de siège médicamenteux, avec des injections vaginales d'eau tiède ou froide; les solutions d'alun, de sulfate de zinc, de tanin; l'application de tampons trempés dans ces solutions ou enduits de pommades opiacées ; les suppositoires de beurre de cacao avec addition de laudanum, de belladone, de morphine, de cocaïne ou de créosote. Beurre de cacao 1,50, laudanum de 0,02 à 0,04 centigr. (belladone de 0,02 à 0,04 centigr.), (morphine ou cocaïne de 0,01 à 0,05 centigr.).

Les injections sous-cutanées de morphine, de chloral; l'usage interne de ces médicaments, les inhalations de chloroforme, diminueront les démangeaisons et procureront du sommeil.

On agira de même contre le prurit anal, tout en traitant l'eczéma concomitant d'après les règles connues.

Dans le cas de prurit vulvaire, vaginal et anal, on retirera de bons effets d'applications réfrigérantes locales.

Les médicaments internes, agissant sur les centres nerveux eux-mêmes, la liqueur de Fowler, l'atropine (sulfate d'atropine 0,02, gomme adragante 1,50, glycérine et poudre de réglisse ââ q. s. pour 20 pilules, à prendre 2 pilules par jour, Schwimmer), le chlorhydrate de pilocarpine (en injections sous-cutanées de 0,01 centigr.), la quinine, la cocaïne ne nous ont donné aucun résultat ou n'ont exercé qu'une action très passagère. Il en est ainsi de l'usage interne de l'acide phénique (acide phénique 2, poudre et extrait de racine de gentiane ââ q. s. pour 60 pilules, 10 pilules par jour) ou la teinture de gelsemium recommandée par les médecins américains (chaque demi-heure 10 à 15 gouttes, Bulkley). L'extension des nerfs a même, dit-on, réussi dans un cas (Langenbuck) (1).

---

(1) Le prurit, même dans les affections de la peau dont il est une dépendance manifeste, est un des symptômes dont la répression directe est la plus difficile. En dehors de l'action propre que le médecin peut diriger sur la cause locale de l'hyperesthésie spéciale qui le constitue, il est presque complètement désarmé, aussi désarmé que l'est le chirurgien dans la grande majorité des cas d'hyperesthésie vésicale, par exemple.

Il n'en est pas moins nécessaire de secourir les malades à l'aide de toutes les ressources dont la thérapeutique peut disposer; et il n'est pas inutile, en pratique, de savoir sur quelles bases générales, et à l'aide de quelles séries de moyens, ce secours peut être apporté. C'est enfin une chose indispensable de ne jamais être nuisible au patient et de n'agir qu'en connaissance de cause. C'est pour répondre à ces exigences

que nous donnons un aperçu général sur le traitement du prurit cutané dans le court *appendice* qui suit :

APPENDICE DES TRADUCTEURS

APERÇU SUR LE TRAITEMENT DU PRURIT CUTANÉ

I

Indications générales.

Nul médicament pris par la voie interne n'est, à proprement parler, *antiprurigineux*, et beaucoup de ceux que l'on emploie pour les *hypéralgésies* en général, l'opium, le chloral, les bromures, etc., excitent souvent le prurit, quand ils ne le provoquent pas. On pourrait, peut-être, faire exception pour l'atropine, et pour le cyanure de potassium soit en applications locales, soit à l'intérieur, mais le maniement de ces agents est tellement délicat, si fécond en accidents, qu'il est fort rare que l'on soit en mesure de les utiliser.

Mais si les moyens d'action interne sur le prurit sont restreints dans le sens de sa répression, innombrables sont les médicaments, ou les aliments qui peuvent l'exciter, le provoquer chez les sujets qui en sont atteints : le vin, l'alcool, le thé, le café, toutes les épices et les salaisons, le porc, le veau, les poissons et crustacés de toute espèce, le sucre, les féculents, les fraises, les asperges, l'oseille, les tomates, etc., etc., avec des variétés indéfinies dans les cas particuliers. De là l'obligation de régler la diète des malades de la façon la plus attentive, et *au prorata des conditions idiosyncrasiques.* Dans les cas sévères, nous commençons toujours le traitement par la diète lactée absolue, revenant ensuite à l'alimentation graduellement, et guidé par les résultats observés.

Même règle pour les médicaments; nous supprimons systématiquement tout ce qui a été usité déjà chez le malade, et nous ne recommençons une médication qu'avec la plus grande surveillance ; il n'est que très peu de substances médicamenteuses qui n'excitent pas le prurit chez un prurigineux, c'est-à-dire chez un hypernerveux, pour lequel les intolérances médicamenteuses atteignent un degré extrême.

On devra, avant tout, faire un examen approfondi de l'urine, quantité et qualité : on ne se bornera pas à y rechercher l'acide urique, le sucre, l'albumine, mais encore les tares plus obscures, telles que l'oxalurie, la phosphaturie, la peptonurie, etc. On aura ainsi la base la plus sûre pour la direction fondamentale de la cure.

Le malade sera soumis à une enquête *intégrale*, organes et fonctions, sans omettre l'examen des conditions professionnelles et de l'état moral, dans lesquels on trouvera souvent des indications de prophylaxie et de thérapeutique, imprévues et très puissantes.

Toutes ces conditions remplies, et le malade placé dans un état d'im-

munité causale aussi complet que possible, on peut, avec plus de chance de succès, commencer le traitement proprement dit général et local.

II

Médication interne.

Au premier rang des agents *pratiques* de répression du prurit, se place la valériane ; aucun autre des antinerveux ne la dépasse en action et ne l'égale en facilité d'application — *Extrait de valériane*, bols de 0,50 centigrammes, de deux à huit par vingt-quatre heures, pris au moment des repas — *Valérianate d'ammoniaque*, pilules de 0,05 centigrammes, une à dix par vingt-quatre heures (en tout ou en partie avec les repas) ou en solution à 1 p. 100; chaque cuillerée à café représentant 5 centigrammes de valérianate à administrer, étendue d'un peu d'eau ou dans une infusion de feuilles et de fleurs d'oranger. Mêmes doses en *suppositoires* et en *lavements*, dans les cas où l'odeur valérianique incommode les malades, ou bien si l'estomac ne les tolère pas. C'est seulement dans l'insuffisance de ces agents, que nous avons recours, en seconde ligne, à l'*atropine*, *sulfate* ou *valérianate*, en pilules ou en granules, *au quart de milligramme*, en commençant par un seulement dans les vingt-quatre heures, et en augmentant graduellement avec surveillance, et par doses espacées. Nous n'employons jamais l'atropine en *injection hypodermique*, à cause des accidents multipliés, et quelquefois dangereux, qui en résultent très fréquemment.

Comme succédanés, nous indiquons l'*acide phénique* et l'*acide arsénieux*.

L'*acide phénique* a, sur la peau, une action certaine, que nous avons établie en 1870 par des observations précises sur les varioleux. La dose, en moyenne de 0,50 centigrammes par vingt-quatre heures, peut être élevée à un gramme au moins. Le mode d'administration principal est sous forme de pilules de 5 à 10 *centigrammes*, avec magnésie décarbonatée et extrait de valériane en suffisante quantité ; ces pilules sont prises, une ou deux, *à la fin* des repas ou après avoir ingéré une tasse de lait ou de liquide approprié.

L'*acide arsénieux*, à la dose tolérée, en granules (granules de Dioscoride : ac. arsénieux, un milligramme, mannite pure et miel, *ââ*, suffisante quantité pour une pilule) avec le même mode d'administration que pour l'acide phénique, c'est-à-dire à la fin du repas, ou *après* avoir ingéré du lait ou un liquide.

Inutile de dire que nous ne limitons pas l'action à exercer aux agents que nous venons d'indiquer ; en cas d'insuccès, le médecin a à sa disposition une gamme très étendue d'alcaloïdes très nombreux, ou de substances nouvelles qu'il est parfaitement autorisé à mettre en expérimentation, pourvu qu'il n'agisse qu'avec la surveillance nécessaire.

III

Médication externe.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer théoriquement, les

bains, en dehors d'une détente momentanée, amènent généralement peu de soulagement, et sont souvent nuisibles, tous ceux particulièrement qui sont *irritants* pour la peau, tels que les bains sulfureux, que tant de médecins prescrivent à contre-temps. Il est fort rare que nous y ayons recours.

Dans les cas, très ordinaires, où la sudation est nulle, nous conseillerons l'essai de la *pilocarpine* — infusions théiformes de jaborandi — 2 à 4 grammes, ou injections de solution d'azotate de pilocarpine, un *centigramme* pour commencer. Dans quelques cas, les *bains de vapeur* TIÈDE, les *douches en pluie* ou en arrosoir TEMPÉRÉES; jamais nous n'avons trouvé de bénéfice à l'hydrothérapie hypothermale.

Le bain prolongé, *permanent*, continué pendant des jours, des semaines, des mois, constituerait vraisemblablement un moyen d'action énergique; mais la difficulté de son application dans la grande majorité des cas le rend comme non avenu. Pour le remplacer, nous recommandons vivement l'enveloppement, l'emmaillotement ou l'habillement, de la totalité ou d'une partie du corps, à l'aide de toiles TRÈS FINES de caoutchouc. Ce mode de pansement, qui est d'un secours considérable quand il est exécuté convenablement et entretenu avec une propreté aseptique, est surtout applicable à la journée, et peut se concilier avec toutes les exigences d'une vie active.

Pour la nuit, ou pour les cas plus particulièrement sévères, nous interposons, entre la toile de caoutchouc et la peau, des pièces de tarlatane ou des pièces de *lint*, moites de solutions diverses que nous allons indiquer, bien étanchées avant d'être appliquées, *tiédies*, et couvertes de toile imperméable aussi *fine* (cette recommandation est absolue) que possible, et soigneusement maintenues avec des bandes de tarlatane souples et fines.

Selon la saison et les conditions particulières, le malade est placé dans son lit, les couvertures élevées par un cerceau, mais recouvert d'un peignoir de coton ou même de flanelle; si les conditions du traitement sont bien exécutées, les compresses restent moites, et le malade n'a aucun refroidissement.

Les enveloppements, les fomentations, sont faits soit avec de l'*eau simple*, préalablement bouillie, avec de l'*eau de pluie* toutes les fois où on le peut, ou avec des *infusions* ou *décoctions* de toutes les *espèces émollientes ou astringentes*, *narcotiques*, etc.; nous nous servons le plus habituellement d'*eau bouillie*, additionnée de 5 p. 100 de *glycérine;* quelquefois de décoction de 1 à 5 p. 1000 de *feuilles de coca*, et nous commençons toujours par des applications *simples;* c'est seulement en cas d'insuffisance, ou quand le malade a bien appris à faire l'enveloppement, que nous ajoutons au liquide, des substances médicamenteuses, *toujours à des doses très faibles au début*, et *d'autant plus faibles que la surface enveloppée est plus considérable.*

Les *enveloppements* se font avec des solutions *tièdes;* les *lotions*, selon les sujets, sont faites avec des solutions à température accentuée — au-dessus de 35 degrés centigrades et au-dessous de 20.

Pour l'enveloppement général, ou étendu à de grandes surfaces, les titres des solutions doivent toujours être *faibles*, et élevés seulement

d'une manière graduelle ; leur composition peut être indéfiniment variée. En voici quelques types :

a). *Solutions pour enveloppements généralisés ou très étendus.* — PAR LITRE D'EAU : 5 à 10 grammes de *vinaigre commun;* 0,25 à 1 *d'acide phénique ;* 0,25 à 1 d'*acide salicylique;* 1 à 5 d'*acide tartrique, borique*, etc.

1 à 10 de *bicarbonate de soude;* 0,25 à 2 de *borate de soude;* 1 à 10 de *salicylate de soude* avec autant de *bicarbonate de soude.*

0,01 à 0,05 de *deutochlure de mercure;* 1 à 10 d'*ichthyol* (solution assez active mais insupportable à la plupart de nos malades à cause de l'odeur); *coaltar saponiné*, 5 à 25.

b). *Solutions pour enveloppements localisés.* — Lorsqu'il s'agit simplement de *prurit localisé*, à l'anus, à la vulve, au scrotum, etc., les solutions peuvent être celles que nous venons d'indiquer aux doses *maxima;* elles suffisent le plus ordinairement si l'on emploie l'enveloppement, l'emmaillotement partiel, comme nous l'avons indiqué plus haut.

c). *Solutions pour* LOTIONS *intermittentes.* — Si l'on veut, au contraire, avoir simplement recours à des *lotions* plus ou moins réitérées, mais non à l'enveloppement, on peut, après avoir constaté l'insuffisance des doses que nous avons données, avoir recours à des solutions plus fortes et plus variées. POUR 1000 D'EAU, *chloral*, 5 à 25; *bromure de potassium*, 5 à 50; *bichlorure de mercure*, 1 à 2 ; 1 à 5 de *tabac à fumer* (en décoction); *acide phénique*, 5 à 10, etc., etc.; *sulfate de cuivre*, 1 à 5, etc., etc.; *cyanure de potassium*, 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, en applications locales à l'aide de petites compresses de *lint* très limitées et exclusivement sur les surfaces *non excoriées* (on ne doit prescrire que de très petites quantités, et en mains sûres); cocaïne, 1 à 2 p. 100. Enfin, dans quelques cas de prurit localisé particulièrement rebelle, badigeonnage avec des solutions de *nitrate d'argent cristallisé*, 1 à 10 p. 100 d'eau distillée, moyen très recommandé par quelques médecins, mais très inégal, à employer avec réserve, et sous sa surveillance directe.

Poudres médicamenteuses et pommades. — Dans les intervalles des applications précédentes, il y a très souvent grande utilité à avoir recours à l'usage des poudres, inertes ou médicamenteuses, et aux onctions grasses.

a.) Les *poudres* les plus actives, à notre observation, sont les poudres composées d'*amidon* additionnées de 5 à 25 p. 100 de *sous-nitrate* et de *carbonate de bismuth* et d'*oxyde blanc de zinc*, et de 1 à 3 p. 100 d'*acide salicylique* — ces poudres sont déposées dans un plat; le malade (ou celui qui le soigne) garnit la face palmaire des deux mains, et frictionne les surfaces malades *doucement.* — Les poudres, composées comme nous venons de le dire, sont très adhérentes et très actives; on en peut aussi en garnir les compresses de *lint*, et faire des enveloppements, des emmaillotements *à sec.* Nous engageons les malades à mettre à leur portée ces poudres, et quand le prurit est irrésistible, de le calmer par des frictions à l'aide d'une brosse de flanelle douce, ou d'un tampon de coton

fin, imprégnés de poudre, au lieu de se servir de leurs ongles, etc.

b.) Les *pommades* ont un excellent excipient dans l'*onguent de zinc* que nous composons de parties égales d'oxyde blanc de zinc et de vaseline; nous préférons cette préparation, en général, aux *glycérolés*, surtout pour les surfaces étendues du corps, à cause des caractères poisseux de ces composés, et de la sensation de froid ou de malaise qu'ils provoquent chez quelques malades. A l'excipient choisi, on incorpore du *menthol* — 0,10 à 1 p. 100, de l'*acide phénique* ou de l'*acide salicylique*, 1 à 3, et même 5 p. 100; le *salol* aux mêmes doses; le β *naphtol*, 5 à 15 p. 100; voilà pour les applications *généralisées* ou très étendues.

C'est seulement pour les adaptations aux *petites surfaces* que l'on bénéficie quelquefois, mais avec des revers très multipliés, des pommades à la *cocaïne*, à la *morphine*, à l'*extrait de belladone*, 1 p. 100, etc., etc.; au *calomel*, 1 à 5 p. 100; au *diachylon*, incorporé à la quantité d'huile douce suffisante pour donner la consistance de pommade.

Quand les malades tolèrent les pommades et en bénéficient, on peut souvent *simplifier* beaucoup, à l'aide des *emplâtres*, *diachylon*, *hydrargyrique* (Vigo) en couches minces, emplâtres *de zinc simples* ou *salicylés;* du *salol*, etc., etc. Avec les préparations *fines* et *souples* que la pharmacie livre aujourd'hui aux médecins, on supplée à merveille aux colles et aux gélatines médicamenteuses, dont l'utilisation peut surtout être faite dans les hôpitaux et dans les sanatoria, c'est-à-dire où l'on dispose d'un personnel de service expérimenté, et où les malades sont tout entiers livrés au traitement.

IV

Indications particulières et complémentaires.

Dans certains cas de prurit localisé on a, depuis longtemps, employé avec quelques succès *l'ignipuncture localisée*, et, depuis peu d'années, la scarification linéaire (Vidal); c'est surtout à la *vulve*, au *scrotum*, à *l'anus* que ces moyens extrêmes trouvent leur indication; il est bien entendu qu'en raison du voisinage des orifices naturels, les règles de l'asepsie doivent être exécutées, c'est-à-dire que les parties scarifiées, ou cautérisées, seront protégées contre les contacts par des pansements gras, ou mieux, par des emplâtres anodins.

Dans l'application de ces moyens divers aux régions particulières, le médecin s'attachera toujours à employer, en même temps, tous les éléments thérapeutiques que suggère l'examen des organes situés au-dessus des orifices ou des régions intéressées — la vessie, l'utérus, le vagin chez la femme pour les prurits vulvaire et *anal;* le rectum (varices, contractures, etc.), dans les deux sexes; la vessie, le cordon, dans le prurit du scrotum. Sans négliger aucune des ressources que lui fournit un arsenal thérapeutique dont la richesse même est un embarras et une source de confusion, il s'attachera surtout à traiter le malade en médecin, et non en empirique.

On lui posera quelquefois la question de savoir *si il n'y a aucun péril*,

ou aucun inconvénient, pour le patient à combattre énergiquement, ou à éteindre un prurit ancien. Il fera sagement d'être *réservé* dans sa réponse, *de se rappeler que le prurit est souvent* PRÉMONITOIRE, INDICATEUR, *de lésions organiques diverses ou de maladies nerveuses ou mentales* — voy. plus haut notes 1, 2, p. 723, et note 4, p. 734 — et de sauvegarder sa responsabilité en prévenant non pas le malade, mais ses proches, de ces éventualités — sans quoi il sera souvent accusé d'avoir *causé*, par son intervention, ces maladies dont le prurit n'était que l'avant-coureur et le prélude.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

DOUZIÈME CLASSE

DERMATOSES PARASITAIRES

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON

Parasites végétaux et animaux. — Généralités sur les champignons et sur leur classification botanique. — Leur action sur la peau. — Division des dermatomycoses. — Favus, pathologie, traitement.

Les affections parasitaires de la peau constituent la dernière classe du système de Hebra, et un groupe naturel d'affections qui ont toutes pour cause commune l'action sur la peau d'organismes parasitaires (1).

Les processus pathologiques que l'on observe dans ce groupe d'affections ne sont pas autres que l'hyperhémie, l'exsudation, l'inflammation, la desquamation, etc.; nous n'avons pas à nous y arrêter de nouveau. Mais leur siège, leur forme, leur marche, diffèrent suivant les conditions de vie et de développement des organismes parasitaires qui les déterminent. Aussi, et puisque ces organismes constituent un élément essentiel du complexus symptomatique des affections en question, est-il nécessaire d'étudier ces parasites en dehors de l'organisme humain et au point de vue de l'histoire naturelle pure.

---

(1) Les dermatoses qui constituent la douzième *classe* du système de Hebra, *dermatoses parasitaires* — παρά et σῖτος, aliment — dermatoses causées, ou constituées, par la présence d'organismes végétaux ou animés, vivant aux dépens de la peau, et qui représentaient naguère un groupe distinct et fermé, ne forment plus aujourd'hui qu'une *fraction* de la grande classe des maladies cutanées parasitaires — *Dermatoses parasitaires* NON MICROBIENNES.

L'intérêt, toujours très grand, qui s'attache à leur étude a un peu pâli en présence de l'importance, infiniment supérieure, qui appartient aux *maladies parasitaires* MICROBIENNES.

Les maladies qui sont visées dans ce chapitre sont donc des maladies cutanées à parasites non microbiens, relativement géants — anciennes maladies parasitaires; — elles se divisent naturellement, suivant que le parasite est végétal ou animal, en *dermatomycoses* ou *dermatophyties*, et *dermatozoonoses*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

On les divise en 1° parasites végétaux, et 2° parasites animaux.

Les parasites végétaux de la peau de l'homme appartiennent à la classe des champignons. Ils se distinguent des algues par l'absence de chlorophylle ; aussi, ne peuvent-ils pas s'assimiler des matières inorganiques, mais seulement recevoir des substances organiques déjà préparées.

Un groupe de ces champignons se trouve principalement sur les subs-

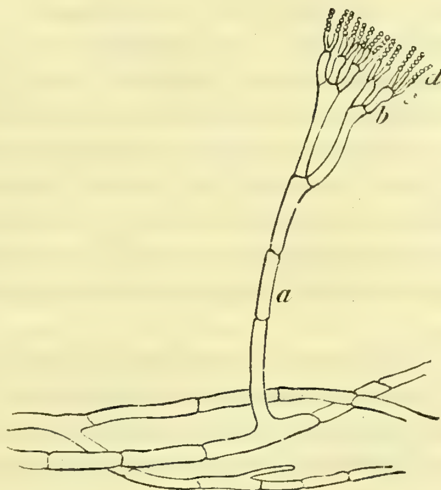


Fig. 59.

Penicillium crustaceum. — Fries.

a, hyphe. — *b*, basides. — *c*, stérigmates. — *d*, conidies fertiles.

tances organiques mortes et tombées en décomposition ; on les appelle des champignons de pourriture, saprophytes (1).

Un second groupe végète sur les organismes vivants, animaux ou végétaux ; ce sont les parasites.

Au point de vue de leur structure, les champignons sont formés de cellules unies bout à bout, dépourvues de chlorophylle, de mycéliums (hyphes) (2) disposés en tubes, simples ou ramifiés, parfois séparés dans leur intérieur par des cloisons, souvent agrégés et entrelacés d'une manière inextricable, et formant la plus grande portion de la partie végétative du champignon, le thallus ou mycélium.

Outre cette partie végétative, il y a une partie fructifiante d'appa-

(1) σαπρός, décomposé, pourri. E. B. — A. D.

(2) ὕφος, tissu. E. B. — A. D.

rence très variable, et qui constitue l'élément le plus essentiel pour distinguer entre elles les différentes espèces de champignons.

Un groupe de champignons est désigné sous le nom de moisissure (hyphomycètes) (1). Comme les champignons qui déterminent des affections cutanées appartiennent nosologiquement et morphologiquement à cette classe de moisissures, nous prendrons comme exemple de ce groupe le champignon habituel de la moisissure, le penicillium crustaceum (Fries) (Fig. 59).

Sur le mycélium horizontal, s'élève verticalement un filament fertile (*a*) qui se ramifie en basides (*b*) et stérigmates (*c*) (2) portant à leur extrémité un chapelet de cellules arrondies, spores. Le tout constitue l'organe de fructification; les spores sont le fruit, car, en tombant, elles peuvent germer, produire le mycélium et donner naissance à un nouveau champignon qui porte, à son tour, des organes reproducteurs. D'après la forme de l'organe qui porte les spores (3), on distingue le pénicillium dont les spores sont disposées en pinceau, le mucor qui les présente renfermées dans une capsule, l'aspergillus avec les sporanges globuleux accumulés, etc.

Outre cette prolifération par un semblable organe de fructification et par des spores, il y a un autre mode de reproduction par les gonidies (4); ce sont des cellules qui naissent sur la partie végétative des tubes du mycélium et s'en détachent. Ce dernier mode de propagation est le plus habituel pour toutes les moisissures : c'est seulement dans des conditions de végétation favorables qu'il se produit des organes spéciaux de fructification, permettant de différencier les espèces, et des spores par lesquelles l'espèce est continuée.

Les champignons des dermatomycoses de l'homme n'ont que du mycélium et des gonidies, jamais de vrais organes de reproduction ; aussi a-t-il été impossible de déterminer d'abord la place qui leur revient dans la classification des espèces qui se développent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la peau humaine.

Cela parut au premier abord peu important, mais, lorsqu'en 1839 Schönlein trouva un champignon dans le favus, plus tard, Malmsten,

---

(1) ὕφος, tissu ; μύκης, champignon. E. B. — A. D.

(2) Le *baside* (s. m.) est un petit corps saillant à la surface du réceptacle (*stroma*), composé le plus souvent d'une seule cellule arrondie, ovoïde ou allongée, qui porte à son sommet une ou plusieurs pointes coniques (*spicules*, *stérigmates*), à l'extrémité desquelles se développe une sphère unique et libre, ou nue, c'est-à-dire non contenue dans un sporange ou thèque. E. B. — A. D.

(3-4) Spores, de σπορά, graine. Gonidie ou conidie, de κόνις, poussière. E. B. — A. D.

dans l'herpès tonsurant, Eichstedt dans le pityriasis versicolore, et dans d'autres affections dont la nature parasitaire n'a pas été démontrée jusqu'à présent, on admit sans discussion que le champignon qui se rencontre dans une affection cutanée déterminée, doit aussi représenter une espèce spéciale, et on le désigna sous un nom particulier tel que : achorion de Schönlein (Remak), dans le favus ; trichophyton tonsurant (Malmsten), dans l'herpès tonsurant ; microsporon furfur (Ch. Robin), dans le pityriasis versicolore, etc.

Ces idées se modifièrent complètement, lorsqu'en 1860, Lowe chercha à démontrer que le champignon de l'herpès tonsurant n'était qu'une forme particulière de celui du favus produisant des spores, et que tous les deux dérivaient d'un champignon de moisissure unique, l'aspergillus. En 1854, Hebra publia l'observation suivante, qui vient à l'appui de l'opinion ci-dessus : quand on applique sur la peau de l'homme des compresses couvertes de moisissure, il se produit des cercles semblables à l'herpès tonsurant et, au centre, des godets de favus; de plus, on observe parfois un mélange de véritable favus avec l'herpès tonsurant. En effet, d'après cela, il paraissait probable (Hebra) que le champignon de ces deux affections provenait d'une moisissure unique qui pouvait, selon les conditions spéciales de végétation, déterminer ou le favus, ou l'herpès tonsurant, ou les deux à la fois ; et que le champignon observé dans ces dermatoses représentait des formes (morphes) diverses d'une même mucédinée, à des périodes différentes de végétation.

Cette opinion fut puissamment appuyée par la découverte du polymorphisme des champignons, faite par Tulasne (1851), et confirmée par des botanistes distingués (Kühn, de Bary, Hoffmann). Ainsi fut établi le fait nouveau que plusieurs espèces de champignons ont non seulement différentes sortes d'organes reproducteurs, mais que ceux-ci se développent d'après un ordre régulier, que chacun est une étape nécessaire vers le suivant, et qu'ainsi beaucoup de champignons, dont on fait, d'après la forme de leurs fruits, des espèces différentes, ne sont que des états divers d'un même champignon (de Bary).

On devait donc être tenté de rechercher les mêmes analogies entre les dermatophytes et les moisissures végétant en dehors de l'organisme humain ; jusqu'ici cependant, on n'a pu encore les démontrer. Malgré quelques succès apparents, on n'a jamais réussi à produire, en semant des moisissures sur la peau, du favus ou du pityriasis versicolore ; tout au plus, a-t-on obtenu des cercles analogues à l'herpès tonsurant ou des « scutules microscopiques » (Pick, Köbner). On n'est jamais arrivé non plus, en cultivant les champignons qui végètent sur la peau (Pick, Lowe, Hoffmann, Neumann, Grawitz, G. Thin, etc.), à les faire fructifier sous une forme déterminée et constante ; les formes fructifiantes

obtenues antérieurement par la culture (penicillium, aspergillus, mucor, etc.), ont été considérées par les botanistes les plus autorisés comme résultant de germes étrangers, censés impuretés introduites dans la culture.

On sait aussi que la disposition en pinceau de l'extrémité qui porte les spores ne suffit pas, elle-même, pour ranger un champignon dans l'espèce penicillium, car beaucoup de champignons peuvent présenter des gonidies sous forme de pinceau. De plus, d'après l'état actuel des con-

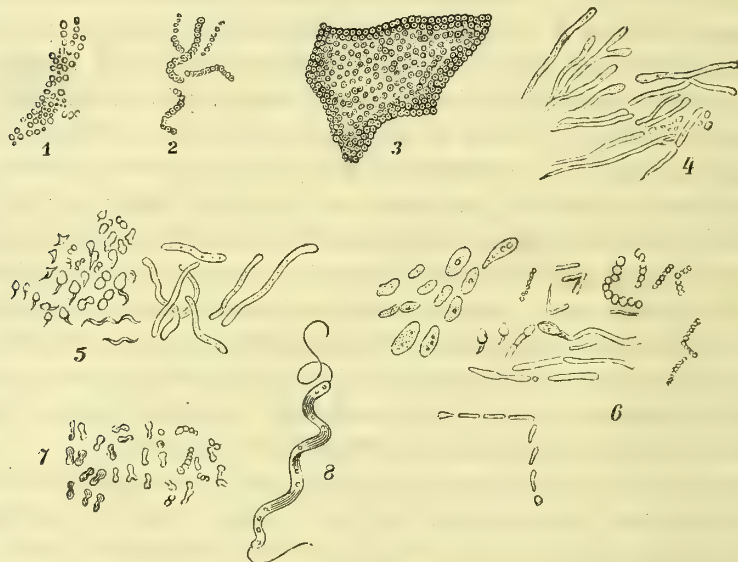


Fig. 60.

1, micrococcus. — 2, mycothrix. — 3, zooglea. — 4, leptothrix. — 5, vibrions. — 6, bactéries (coccobactéries, Billroth). — 7, bactéridies. — 8, spirille.

naissances mycologiques, il est probable que, pour les champignons, ce ne sont pas les spores, comme on l'a cru jusqu'à présent, qui constituent l'organe de reproduction caractérisant les espèces, mais qu'il y a, comme chez les phanérogames, une véritable fécondation, ainsi que Brefeld l'a montré pour le penicilium.

Vers 1860, Hallier voulut étendre la théorie du polymorphisme aux champignons inférieurs (champignons-ferments et schyzomicètes) (1), et aux autres éléments que l'on commençait à considérer comme causes (contages) de beaucoup de processus infectieux, morve, diphtérie, choléra, etc. (fig. 60); mais loin d'en être simplifiées, les idées qui pri-

(1) Schyzomicètes, du σχίζειν, séparer, diviser. E. B. — A. D.

rent alors cours n'en devinrent que plus compliquées. Tout champignon, selon Hallier, présente trois formes. Quand il se développe à l'air libre (aérophyte), il émet des organes de reproduction et constitue les moisissures (penicillium, aspergillus, etc.). A moitié plongé dans un liquide nutritif (semi-anaérophyte), il forme des bourgeons cellulaires ramifiés (oïdium, moisissure articulée, ferment supérieur), dans les liquides en fermentation. Quand le champignon est tout à fait plongé dans le liquide et privé d'air (anaérophyte), les gonidies se rompent et il en sort une foule de granulations (micrococcus) qui donnent par segmentation, les schizomycètes ; — par simple prolifération dans un liquide fermentescible, le vrai ferment (ferment inférieur) ; par leur disposition en chapelet, le leptothrix ; — par leur agglomération en une masse muqueuse, le zooglea (F. Cohn) ; — par leur développement en bâtonnets, les bactéries.

Non seulement Hallier prétendit arriver à reproduire par la culture, pour chaque espèce de champignons, cette série de formes en ligne ascendante et descendante, mais il détermina aussi, pour chaque micrococcus, la moisissure fructifiante aérophytique qui s'y rapporte, c'est-à-dire l'espèce de champignon ; de même pour les formes semi-anaérophytiques ou aérophytiques (formes d'oïdium) du favus, de l'herpès tonsurant, du pityriasis versicolore, etc. Ce n'est pas le lieu ici de discuter quelle influence ces idées ont pu avoir sur la théorie des maladies infectieuses et leurs causes, mais il faut dire que, sous le rapport mycologique, elles sont rejetées comme non fondées par les botanistes les plus distingués. Elles ne concordent pas non plus avec les faits cliniques : Hallier, par exemple, était conduit à faire provenir le pityriasis versicolore et l'herpès tonsurant, deux affections si différentes en clinique, d'un même champignon, alors qu'au contraire le favus, qui est si rapproché de l'herpès tonsurant, en aurait un spécial. Les botanistes, enfin, ainsi que les pathologistes qui considèrent les schizomycètes comme des agents des maladies infectieuses, leur refusent toute relation avec les champignons supérieurs (de Bary, F. Cohn, Nägeli), ou bien ne prêtent aucune attention à cette relation (Billroth, Klebs, Frisch), s'ils ne les considèrent même comme des espèces animales (Rindfleisch), ou comme des produits de décomposition de matière organique animale (Karsten).

Mais les méthodes actuelles, perfectionnées d'après Koch, de culture des microphytes n'ont donné aucun résultat pour fixer la place botanique à assigner à ce champignon, attendu qu'on n'a pas réussi au moyen de ces cultures à obtenir des organes de fructification. A l'aide de ces méthodes, telles que la culture sur agar-agar ou le bouillon dans des éprouvettes, on a cependant reconnu une différence de végétation de l'achorion et du tricophyton, ainsi que le montrent nos recherches personnelles et celles

de P. Grawitz. Par conséquent, l'autonomie botanique des champignons comme agent de quelques dermatomycoses isolées, autonomie que nous avons soutenue depuis longtemps, trouve ici une base solide. Assurément dans la spécialisation des dermatophytes, nous ne voudrions pas aller aussi loin que Quincke, lequel prétend avoir trouvé, dans le favus, trois et peut-être même un plus grand nombre de formes de champignon.

Il ressort en tout cas de ces faits qu'au point de vue de la classification des champignons existant dans les dermatomycoses non douteuses, nous ne sommes pas plus avancés qu'à l'époque de leur découverte ; et qu'avec de Bary, nous sommes forcés de les diviser en autant d'espèces qu'il y a de formes morbides distinctes. Il en sera ainsi, tant que nous n'aurons pas réussi à reproduire d'une manière non équivoque ces champignons par la culture, ou aussi longtemps que, semant des moisissures sur la peau, nous n'aurons pas pu donner naissance à du favus, de l'herpès tonsurant, du pityriasis versicolore incontestables (1).

Le siège anatomique des dermatophytes est le tissu épidermique, épiderme, cheveux, ongles, entre les éléments duquel ils se propagent, en ne pénétrant que rarement dans les cellules épidermiques elles-mêmes.

L'action des champignons sur les couches cutanées dans lesquelles ils végètent est locale et mécanique. Ils écartent les unes des autres les cellules épidermiques, qui, détachées des couches sous-jacentes se décomposent, et dont les produits de destruction servent à la nutrition des champignons. Ceux-ci ne peuvent se développer que s'ils sont

---

(1) Les *épiphytes* de la peau de l'homme et des animaux forment une catégorie à part — les *Trichophytées* — dont l'histoire naturelle est encore trop imparfaitement connue pour légitimer aucune conclusion ferme. L'espèce microphytique dont les *Trichopytées* sont le plus voisines, est représentée par une espèce du genre *moisissure*, les *Mucorinées* qui vivent aux dépens des matières végétales ou animales en décomposition et, parmi elles, des plus vulgaires, — *Mucor mucedo*, *Rhizopus nigricans*, etc. — Voy. L. G. Neumann, *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*, Paris, 1888.

Les *trichophytées* n'ont pas de *sporanges;* elles n'ont que des *spores* et des *tubes* — filaments de mycélium, tubes sporifères, réceptacles — lesquels ne sont que la *forme* ou le *degré d'évolution* éventuel des spores. Dans la série morphologique des *trichophytées*, tout, selon les remarques précises de F. Balzer — Voy. Rech. hist. sur le Favus et la Trichophytie, *Arch. gén. de Méd.*, 1884, T. II, p. 387 — « tout dérive de la spore : En s'allongeant, elle forme un *tube* ou *filament de mycélium;* dans l'intérieur de ce tube, la substance du noyau (*protoplasme*) bour-

au contact de l'air; ils absorbent l'azote des tissus. La question de savoir s'ils s'assimilent les éléments des tissus tombés en décomposition, ou si, comme un ferment, ils peuvent directement les décomposer, est encore plus indécise que celle de l'action directe ou indirecte du ferment sur la fermentation alcoolique. Leur action consécutive consiste à produire soit de l'hyperhémie (rougeur), soit de l'exsudation (vésicules, desquamation) et de la suppuration (pustules), soit plus rarement de l'inflammation et des abcès. Toutes ces influences sont mécaniques, peut-être aussi en partie chimiques, comme toutes les autres irritations mécaniques ou chimiques de la peau; jamais on n'observe d'action fâcheuse sur la constitution et les fonctions du corps de la part des dermatophytes; et théoriquement même on ne saurait l'admettre (1).

---

geonne, envoie des prolongements latéraux, se segmente, de manière à constituer le *tube sporophore;* lorsque, enfin, la segmentation de la gaine se produit, à son tour, en emprisonnant les segments de la substance centrale, de *nouvelles spores* se trouvent formées et évolueront, à leur tour, de la même manière. En résumé, l'évolution commence et finit par la spore. »

Absolument rien ne justifie ce qui a été dit à l'égard de la communauté d'origine entre les *trichophytées* et les *mucorinées*, et, d'autre part, rien non plus ne légitime ce qui a été avancé sur leur *polymorphisme* ou sur leur *transformisme.*

A la vérité, des études nouvelles plus précises se poursuivent à l'heure actuelle sur ce sujet, mais il n'y a pas encore lieu de *généraliser;* nous les indiquerons à propos des parasites en particulier pour ne pas abandonner la stricte observation des faits.

Sur le terrain de la pathologie humaine ou animale tout entière, jamais le favus ne provient du trichophyton, ni ne s'y combine, pas plus que le microsperon d'Eischtedt ni aucun autre. *Partout où la clinique reconnaît une trichophytie tonsurante, un favus, un pityriasis versicolore, elle trouve le microphyte exclusif à chacune de ces maladies, et jamais un autre.* Nous nous astreindrons à ne traiter ces questions qu'au particulier, et dans leurs rapports stricts avec les faits positifs applicables à la pathologie humaine. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'action produite pas les épidermophytes sur la peau, et sur l'individu, est très complexe; à côté du fait de l'*effraction* produite par leur accroissement *mécanique*, et de l'*irritation* vitale que leur présence peut produire autour d'eux, il faut tenir compte des *actions septiques*, au moins locales, que peuvent produire leurs déchets ou sécrétions propres, non moins que de la présence des microbes ordinairement *associés*, ou des réactions secondaires des épiphytes accessoires.

Pour chaque épidermophyte, cette irritation varie considérablement selon les divers sujets, sans qu'il ait été possible encore de déterminer

Les dermatomycoses sont en rapport, pour l'extension et la durée, avec la végétation du champignon; le plus souvent, elles ont une évolution chronique. Leur pronostic est favorable, car nous pouvons toujours diriger contre elles un traitement qui détruit le champignon, et qui, en raison du même siège anatomique de tous les dermatophytes, est le même pour toutes ces affections (1).

Comme causes générales de la naissance des dermatomycoses, il faut citer toutes les conditions extérieures qui favorisent la germination de la moisissure; puis la contagiosité déjà exprimée dans le parasitisme, qui est démontrée cliniquement et expérimentalement pour la plupart des dermatomycoses, et enfin certaines dispositions individuelles de la

---

si ces variations dépendent de *qualités propres* au microphyte, ou du degré de l'*irritabilité individuelle*. Toutes les recherches que nous avons longtemps poursuivies, dans le but d'éclairer ce point délicat, sont restées sans résultat, aussi bien dans l'étude des *caractères physiques* des parasites, nombre, volume relatif, etc., que dans l'examen des conditions appréciables des individus.

Les recherches les plus précises établissent seulement que les *milieux* de culture que rencontre le parasite, son *habitat*, et son *aliment*, favorisent sa multiplication ou la troublent, et peuvent, en modifiant son *mode germinatif*, modifier son évolution, sa marche, et probablement son *mode d'irriter* les tissus vivants; mais ces études en sont encore à la phase du laboratoire, et elles n'ont pas été adaptées à la différenciation des faits cliniques.

Cela dit, nous insistons sur le fait d'observation que nous rappellerons à propos de chacun des épidermophytes en particulier, et que nous retrouverons dans l'étude des parasites animés, que la réaction des tissus pour un même microphyte varie dans des proportions très étendues, et ne permet pas d'établir une formule de traitement systématique, applicable à tous les cas ni à tous les malades.

Le peu d'action infectante produit sur l'économie par l'évolution des épiphytes épidermiques, ou phanériens, permet de supposer qu'il ne se produit aucune autovaccination qui *préserve* l'individu d'une génération nouvelle de parasites, et qui le rende *réfractaire*. Nous pensons qu'il faut faire exception, au moins à titre local, pour le trichophyton tonsurant; nous reviendrons sur ce point à l'occasion de la marche naturelle de la trichophytie.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ces propositions, bien entendu, ne doivent être acceptées qu'au sens *général*, et vague; dans le particulier, la marche, la durée, le pronostic et le traitement des dermatophyties présentent des variétés multipliées selon les sujets, le siège anatomotopographique occupé par les épidermophytes, le siège anatomique — épiderme *vague* ou appareils différenciés — leur type individuel, etc., etc.

E. B. — A. D.

peau, qui favorisent le développement occasionnel des dermatophytes (1).

Le diagnostic des dermatomycoses se base sur la présence des symptômes cliniques les plus marqués. Scientifiquement, et à certains stades de la maladie, même pratiquement, il faut rechercher le champignon à l'aide du microscope; dans le favus, on peut le retirer directement des godets faviques et l'examiner au microscope. Dans les poils et les couches épidermiques, il ne devient nettement visible que quand celles-ci ont été dissociées ou dissoutes dans une solution de potasse (1 pour 30) ou d'ammoniaque.

Faisant abstraction de tous les processus morbides dans lesquels on a affirmé, mais non prouvé, l'existence de champignons (comme récemment dans l'alopécie en aires, Seelen, etc., etc.) (2) par Eichhorst et dans le psoriasis par Lang, Wolff, Ecklund (3), ou de ceux dans lesquels leur présence a été constatée d'une manière certaine (impétigo contagieux) (4), mais cependant sans avoir démontré de rapport étiologique entre le parasite végétal et la dermatose, je décrirai comme véritables dermatomycoses les affections de la peau qui sont occasionnées par un champignon parasite et cliniquement bien caractérisées. Ces maladies sont les trois suivantes : 1° le favus, avec le champignon ou achorion de Schönlein; 2° l'herpès tonsurant, avec le trichophyton tonsurant de Malmsten, auquel appartient encore, comme formes spéciales, l'onychomycose, le sycosis parasitaire et l'eczéma marginé; 3° le pityriasis versicolore, avec le microsporon furfur d'Eichstedt (5).

---

(1) Les conditions extérieures qui favorisent la germination des moisissures, en général, n'ont aucune relation directe avec la mycodermie humaine *dans toutes les variétés classées;* ces conditions ne peuvent être invoquées que pour quelques dermatophytes accessoires, éphémères, mais non pour les véritables parasites de la peau humaine.

La *contagiosité*, voilà la cause première, absolue, générale, constante, pour toutes les formes capitales de dermatomycoses.

E. B. — A. D.

(2) (3) (4) Sur les microphytes de la pelade, voyez plus haut p. 286, *notes* 2 et p. 287 et suiv., note 1. Sur la théorie parasitaire du psoriasis, voy. T. I, p. 564, note 1. L' « *impétigo contagieux* », et la série indéfinie des affections *microbiennes* n'ont pas à être invoquées ici; ce sont choses absolument différentes et distinctes des *dermatomycoses* non microbiennes. E. B. — A. D.

(5) Les dermatomycoses *vraies, classées*, sont exclusivement le *favus*, le *trichophyton*, le *microsporon furfur*, et le *microsporon minutissimum;* encore les deux dernières sont-elles absolument distinctes des deux premières qui, à elles seules, constituent la presque totalité de la mycologie cutanée *non microbienne;* avec la *pelade*, elles constituent le groupe des affections que le vulgaire désigne sous le nom de *teignes*.

E. B. — A. D.

FAVUS

Le favus, *tinea favosa* (teigne faveuse), *porrigo lupinosa s. favosa*, est une maladie qui a été reconnue contagieuse dès l'antiquité et qui l'est encore aujourd'hui dans l'opinion populaire (d'où le nom « d'*Erbgrind* », teigne héréditaire) (1). Cette affection a sa localisation habituelle sur le cuir chevelu, plus rarement sur les parties du corps dépourvues de poils, et dans la substance unguéale. Dans les deux premiers points que je viens de nommer, elle est caractérisée principalement par la formation de disques dont la dimension varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce d'un centime, jaune soufre, ombiliqués et traversés par un poil, scutules faviques, dont nous allons immédiatement étudier la nature.

Dans le favus du cuir chevelu, il est très facile de se rendre compte de la formation du godet favique. Il se développe sous la forme d'un petit point jaune sous-épidermique, et autour d'un poil; il atteint, dans l'espace de quelques semaines, la dimension d'une lentille, et apparaît alors comme un disque jaune soufre, visible par transparence à travers l'épiderme, ombiliqué et traversé par un poil. Si l'on déchire à

---

(1) La dénomination de *Favus* — rayon de miel — alvéole du miel, exsudation melliforme — que l'on n'applique aujourd'hui qu'à une seule affection pararasitaire bien définie, n'a acquis définitivement et positivement sa signification actuelle que depuis Alibert, lequel a ajouté à sa description un dessin que nous n'avons trouvé dans aucune des publications antérieures. Depuis Celse jusqu'à cette époque, le mot de favus a presque toujours été employé particulièrement pour désigner les diverses affections du cuir chevelu, dans lesquelles il se forme une exsudation plus ou moins comparable *au miel*, plutôt encore qu'une production ayant *la forme* d'un alvéole d'abeille.

Au milieu de la confusion qui régna pendant si longtemps dans l'esprit des médecins sur ce sujet, on reconnaît cependant les efforts qui ont été faits pour séparer des altérations banales et bénignes, une affection plus grave, plus tenace, plus profonde et surtout *plus longue* que toutes les autres, sous la dénomination de *Tinea vera*, mais c'est encore à un auteur français, Lorry, qu'il faut arriver pour trouver le terme de *Tinea* nettement et uniquement adapté à une altération dans la description de laquelle on reconnaît exclusivement notre favus.

Cap. V. — Articulus V, p. 462. — *De Tineâ.* — « *Tinea novum est nomen et barbarum apud melioris notæ Latinos incognitum. Morbus vero, quem hoc nomine cum Arabico-Latinis auctoribus designamus, a Græcis cum favis, achoribus, lactumine, confundebatur, et si quando gravius ingrueret, lepra in capite vocabatur; nam cùm Plinius — Lib.* 21, *cap.* 20, *ait iridem opitulari infantibus tinearum vitio laborantibus*, perspicuum est non tineam nostram hoc loco intelligi, sed cutim vermiculis forsan et pediculis deformem, ut rectè notat Harduinus.

l'aide d'un instrument mousse l'enveloppe épidermique qui se trouve à la périphérie du disque, on peut soulever le favus, le corps favique, comme un tout, et si on le détache tout autour, on peut l'enlever en le tirant le long du poil qui le traverse. Il a l'aspect d'un corps jaune soufre, hémisphérique, dont la surface supérieure ombiliquée au centre se confond intimement avec son enveloppe épidermique, et dont la surface inférieure, hémisphérique, unie, humide, est dépourvue d'épiderme; enfin, il est facile de le briser avec les doigts. A la place du corps favique ainsi enlevé, il reste une dépression cupuliforme à base rouge, humide, qui disparaît au bout de quelques minutes par le soulèvement des couches épidermiques qui ne sont plus comprimées.

La forme scutulaire ou urcéolaire constitue en même temps la forme primaire du favus. Au niveau de chaque orifice de follicule pileux, il existe un espace infundibuliforme préformé, dans l'étendue duquel les couches épidermiques supérieures adhèrent horizontalement au poil qui émerge, tandis que les couches épidermiques inférieures s'inclinent vers la profondeur du follicule.

C'est dans cet espace que s'accumulent le plus facilement les exsudats, et c'est précisément là où les champignons venus accidentellement, par inoculation, ou proliférant de la profondeur du follicule, se

---

Apud Arabes prima mentio tineæ nostræ injecta videtur sub nomine *Sahafati*, Avicennæ — Fen. 7, tract. 3, cap. 10. — Quæ quidem, ut ait, incipiens est *bothor*, dein ulceratur ulceribus crustosis quandoque, et emittit virus. »

Enfin, c'est aussi à un auteur de notre nation, Mahon jeune, que revient le mérite d'avoir vu le premier que les *favi* n'étaient pas des pustules desséchées ; que l'affection qu'ils constituaient était contagieuse, et qu'elle pouvait être l'objet d'une médication rationnelle (1829).

Il ne manquait plus, pour jeter sur la question qui restait toujours obscure, puisque le siège anatomique de la lésion et sa nature élémentaire n'étaient pas déterminés positivement, que l'adaptation à cette affection des procédés perfectionnés d'histologie élémentaire, guidée par la connaissance récente (1835) de la maladie parasitaire végétale des vers à soie (la Muscardine). C'est à Schönlein de Berlin — 1839 — que revient l'honneur d'avoir reconnu que le favus est un parasite végétal, et d'avoir donné la représentation exacte de ses éléments constitutifs.

Cette date — 1839 — marque le commencement de la période actuelle de l'histoire du favus, et de toutes les affections analogues — période scientifique proprement dite, extrêmement brillante et féconde — illustrée par les travaux de médecins de tous les pays parmi lesquels il faut retenir les noms de Remak, Gruby, Malmstem, Robin, Lebert, Eischstedt, Bazin, Lowe, Hébra, Kaposi, Köbner, Pick, Hallier, Tulasne, de Bary, Neumann, etc., etc.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

réunissent pour former un corps compact. Comme la couche épidermique supérieure est très adhérente à la cuticule du poil, elle ne peut pas être soulevée avec celui-ci par la masse parasitaire, par conséquent elle reste ici aplatie ou ombiliquée (1).

---

(1) Le favus, en se développant sur la peau de l'homme, y détermine des altérations qui ne sont pas toujours les mêmes pour tous les cas, ni pour toutes les régions; la plus générale est l'hyperhémie. Sur le cuir chevelu, depuis le moment où une parcelle de favus a pénétré dans l'infundibulum pilaire, jusqu'au moment où, par la destruction presque totale de l'appareil pilaire, il va disparaître faute d'aliment, il s'accompagne toujours de rougeur érythémateuse — *teigne rouge*. Sur les parties glabres, le godet favique se développe avec ou sans érythème préalable, mais, le godet avulsé, l'érythème apparaît et subsiste.

A cet érythème, miliaire, lenticulaire, annulaire, circiné ou diffus, viennent souvent s'adjoindre diverses altérations tégumentaires communes, exfoliation épidermique pityriasiforme, psoriasiforme, eczématique, impétigineuse, etc., etc., qui donnent naissance à des formes atypiques et compliquées.

Dans sa forme *typique*, et à la période d'état, le favus a pour élément essentiel le *godet favique*, toujours reconnaissable dans ses transformations multiples, à l'aide de caractères *macroscopiques* et *microscopiques*.

I. — Caractères macroscopiques du favus typique.

1° *Sur le cuir chevelu*, le meilleur procédé à employer pour suivre l'évolution du godet consiste, après avoir fait épiler avec soin la tête entière d'un sujet atteint de favus, à la faire soigneusement raser, et à *observer* ensuite.

Dès la fin de la première semaine ou de la seconde, les premiers godets apparaissent à la place de la tache érythémateuse péripillaire sous la forme d'une petite masse jaunâtre, punctiforme, sous-épidermique, et centrée par un poil.

En examinant à la loupe, on voit se produire d'abord une petite *tache blanc jaunâtre* à la base d'un poil, tout à fait semblable aux petit lacs purulents épidermiques qui suivent les épilations, par exemple. Ces points, piqués avec une aiguille, laissent échapper, en plus ou moins grande quantité, une matière puriforme qui a rendu longtemps bien plausible l'opinion qui plaçait le favus dans l'*ordre* des pustules.

Les pièces 548 (la *table* du catalogue indique par erreur 543) et 584 du Musée de Saint-Louis, moulées sur nature par Baretta, ont été déposées par nous, dans le but de fixer, pour l'étude, cette évolution dont on peut suivre à la loupe les moindres détails.

Pièce 548, année 1878. — *Godets faviques (favi) se reproduisant sur le cuir chevelu après une première épilation, et laissés à leur évolution spontanée.*

On remarquera :

a.) Les *taches opaques*, premier stade de la germination favique dans

La prolifération parasitaire peut s'étendre vers la profondeur, dans la direction des cellules du réseau muqueux, molles, facilement compressibles, et c'est ainsi que le corps favique prend la forme hémisphérique.

---

l'infundibulum, pilaire, au-dessous du *toit corné;* — *b.*) les godets de toute dimension ayant fait éclater le surtout corné. Tous les godets sont *centrés* par un poil, plus ou moins fin s'il s'agit d'un cheveu qui a échappé à l'épilation, court et plus gros (point noir central), s'il s'agit de poils déjà altérés, et ayant cassé sous la pince de l'épileur. L'épilation datait de douze jours quand le moulage a été exécuté; on voit avec quelle rapidité se fait la prolifération favique et la constitution du godet.

Pièce 584, année 1878. — Le *favus peut être suivi à toutes les phases de son évolution, depuis les plus éloignées jusqu'à la plus immédiate. Pour la possibilité du moulage, les cheveux sains ont été rasés; les cheveux altérés, ôtés à la pince.*

On remarquera :

a.) Les inégalités de *niveau* du cuir chevelu; les sommets sont occupés par le derme sain recouvert de cheveux sains, ils forment les grandes zones piquetées de noir (cheveux rasés); — *b.*) immédiatement en dedans, une zone blanche correspondant aux cercles d'épilation fait par la pince pour isoler les parties altérées; — *c.*) en dedans de cette seconde zone, une zone rouge et squamulaire; c'est la région où la germination du favus est en pleine activité; les cheveux ont été épilés à la pince, et en assez grand nombre se sont cassés, ce qui n'est pas arrivé dans la partie saine; — *d.*) au centre, une aire blanche lisse, éburnée, très déprimée au-dessous du niveau des parties voisines.

2° Sur les parties glabres, le godet peut se développer assez rapidement pour qu'on voie difficilement la tache miliaire érythémateuse préalable, et il faut chercher à la loupe pour voir, à leur première éclosion, de tout petits anneaux microscopiques.

On peut suivre ces détails sur les pièces 914, 915 que nous avons déposées en 1883, dans le Musée de Saint-Louis.

1° Pièce 914 — *Cuisse et portion de la jambe :*

a.) A la loupe, fines ponctuations jaunâtres, première manifestation de la germination favique sus-épidermique; il n'y a, à cette période, aucune irritation périphérique et pas de zone érythémateuse circonférentielle; — *b.*) à l'œil nu, anneaux jaune d'or solitaires, seulement sur quelques points isolés (godets simples); — *c.*) en haut et en dedans de la pièce, favus sous-épidermique n'ayant pas encore rompu la cuticule; — *d.*) disques polycycliques, festonnés, formés par la coalescence d'anneaux faviques dont les bords se sont détruits par contact; leur centre est occupé par le favus désagrégé plâtreux, d'autant plus abondant que les godets sont de date plus ancienne.

2° Pièce 915 — *Région dorsale;* on remarquera :

a). Les petits godets microscopiques, naissant de la peau saine et n'ayant aucune collerette érythémateuse; on n'en retrouve guère non plus autour des disques plus considérables; — *b.*) au centre de la plupart des godets, point noir correspondant à la coupe du poil qui sert de centre à la germi-

Ainsi enchâssés entre les couches épidermiques, les godets faviques restent parfois longtemps sans être enlevés par le grattage, le peigne, etc.

---

nation favique; c). grandes plaques formées de la confluence des godets: centre plâtreux; vestiges des godets à la bordure des disques.

Mais quand le favus végète depuis plus ou moins longtemps, la région devient érythémateuse, et ce sont, alors, des nappes d'érythème diffus, rose ou livide, sur lesquelles sont disséminés des godets isolés ou confluents à tous les stades; la planche LIV de l'Atlas de Tilbury en donne une représentation absolument parfaite, qui surpasse les meilleures descriptions.

II. — Caractères microscopiques de l'évolution favique et de la formation du godet.

Dans les jours qui précèdent l'apparition du godet, l'examen microscopique démontre autour du poil des amas de spores, qui, peu à peu, s'accumulent dans la gaine. Déjà les cellules de cette dernière sont visiblement irritées, et si l'on arrache le poil, on voit le follicule gonflé, ayant un aspect transparent et comme œdémateux (gonflement des cellules du corps muqueux de la gaine).

Quand le scutulum est déjà formé et visible, et souvent même pendant sa formation, cette irritation peut atteindre un degré plus intense, et s'accompagner de l'apparition d'un plus ou moins grand nombre de leucocytes dans la gaine du poil. Ces leucocytes sont parfois assez abondants pour constituer une véritable petite pustule, qui entoure le poil malade et qui est tantôt ramassée et saillante, tantôt étalée et aplatie, souvent sans qu'on aperçoive aucune trace de godet. Le microscope démontre la présence de leucocytes, et, de plus, des spores et des tubes désagrégés, ou amassés autour du poil.

Lorsque le godet favique est développé, cette inflammation et cette suppuration se continuent à sa périphérie; tantôt il n'y a pas de signes extérieurs d'irritation, et cependant si, après avoir extrait le godet, on gratte légèrement sa surface profonde, on voit que le produit du grattage renferme toujours des leucocytes; tantôt il y a une aréole inflammatoire rouge autour du godet, et celui-ci est fréquemment séparé de la cavité qui le contient par un cercle de suppuration plus ou moins large.

Le plus ordinairement conique, lenticulaire, le godet se trouve logé dans une cavité qui est moulée sur lui, et qui conserve sa forme quelque temps après son ablation; cette cavité est lisse, rouge, et elle se remplit assez rapidement d'un liquide chargé de globules blancs; après l'arrachement du godet, elle paraît parfaitement détergée et nette; le plus souvent cependant, en la grattant avec une curette, on trouve encore des spores restées adhérentes à sa surface.

A son début, le scutulum favique est placé entre la couche cornée de

Plusieurs scutules voisins peuvent, par leur croissance progressive, se rapprocher sans perdre encore leur type spécial. Au bout d'un certain temps, les enveloppes épidermiques sont brisées par places, soit

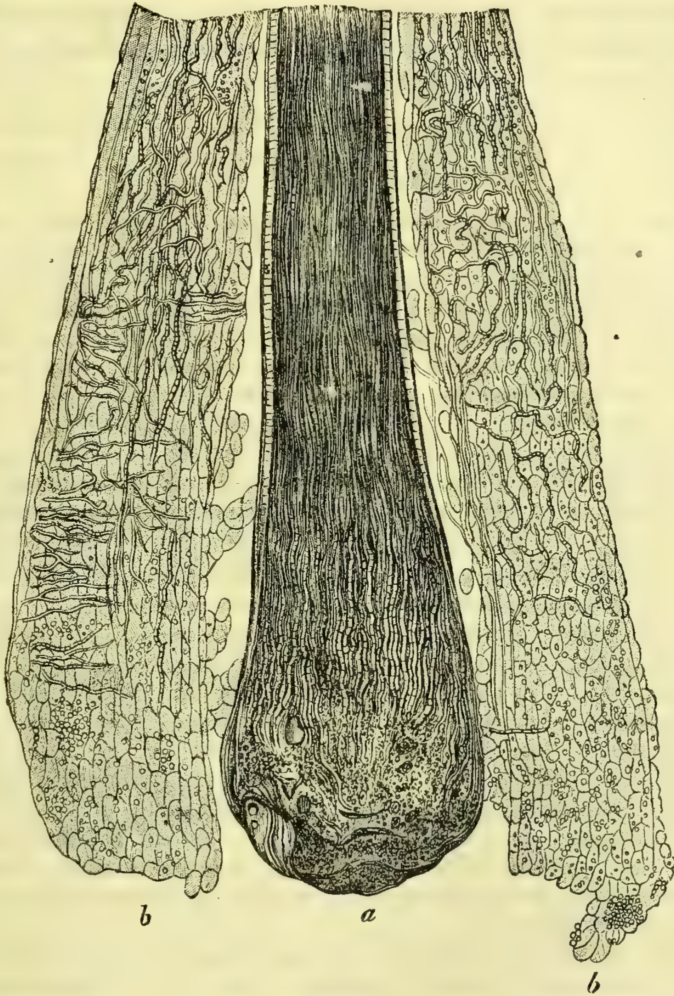


Fig. 61.

Favus.

a, bulbe pileux et cheveu. — *b*, gaines de la racine du cheveu traversées dans toute leur étendue par du mycélium et des gonidies.

par suite de la croissance des masses faviques, soit spontanément; elles peuvent encore être détachées, et dans ce cas les masses de favus sont mises à nu, se dessèchent, perdent leur coloration primitive, jaune soufre, et se présentent alors comme des amas inégaux, ayant parfois

un centimètre d'épaisseur, blanc jaunâtre, ou semblables à du mortier, assez durs et secs, — *favus suberinus, turriformis.*

Outre l'aspect caractéristique des masses faviques qui se trouvent dans les godets, ou mises à découvert, il faut encore noter, comme symptômes particuliers, que, dans la région atteinte, les cheveux paraissent ternes, comme poudreux, et qu'ils sont faciles à arracher (1). Le foyer favique prend une odeur de moisissure (2).

Suite et fin de la note de la page 760.

l'épiderme et le corps muqueux, contenu dans l'infundibulum pilaire, et limité, à sa partie supérieure, par la couche cornée adhérente au poil. Il s'accroît circulairement, et en hauteur, dilate en le pénétrant plus profondément l'infundibulum pilaire auquel il donne la forme conique, et se déprime au centre quand il a pris un certain développement. Le professeur Kaposi attribue cette dépression ombilicale à ce que l'épiderme, adhérant au poil au centre du godet, ne se laisse pas aussi facilement soulever qu'à la périphérie. On peut ajouter encore que le scutulum, en se développant, tend à perdre sa forme conique pour prendre celle d'un disque d'égale d'épaisseur à la périphérie et au centre. Ce dernier paraît alors un peu déprimé, mais cela tient autant à la forme de l'infundibulum pilaire qu'à l'adhérence de la couche cornée de l'épiderme (Balzer). ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) (2) L'état macroscopique des cheveux est très important à constater pour le diagnostic extemporané des cas dans lesquels les godets ne sont pas manifestes, et où la peau est simplement eczémateuse, impétigineuse, ou squameuse. Les cheveux ont perdu leur brillant, ils sont ternes, gris de souris, ou rougeâtre fauve; *leur adhérence est toujours diminuée, et il est facile, aussi longtemps qu'ils ont conservé quelque solidité, de les arracher à la main par touffes entraînant leurs gaines vitreuses.* Plus tard, ils deviennent le siège d'autres dégradations, sont tout à fait cadavérisés, atrophiés, déviés, etc., et parfois tellement fragiles, que nos épileurs, malgré leur habileté, en cassent un grand nombre, — circonstance fâcheuse, dont nous montrerons plus loin l'importance au point de vue du traitement.

Hebra, et après lui Kaposi, voulant réagir contre l'abus (qu'ils avaient sans doute rencontré dans le rayon de leur observation) des *signes diagnostiques osmiques*, n'accordent pas, lorsque le cas échoit, leur valeur réelle à ces signes, dont l'utilité, relative si l'on veut, n'est pas toujours à dédaigner. En ce qui concerne l'odeur du favus en masse, elle est franchement comparable à l'odeur de souris (que tout le monde connaît), et qu'un peu d'habitude fait facilement distinguer de l'odeur fade et fétide de pus et des croûtes altérés à la surface du cuir chevelu, et même discerner encore quand cette dernière existe simultanément. L'odeur de souris est donc un caractère qu'il n'y a pas à négliger dans le diagnostic sommaire du favus, ni dans le diagnostic différentiel des affections du cuir chevelu.

Cette odeur, très accentuée quand le favus est abondant sur l'homme

Ultérieurement, il se produit des altérations consécutives qui proviennent de ce que les éléments parasitaires du favus, partant du foyer folliculaire que j'ai décrit, prolifèrent entre les cellules de la gaine de la racine du poil jusqu'à la base du follicule; ils pénètrent de là dans le bulbe pileux et plus ou moins haut dans le poil lui-même, ils arrivent aussi latéralement par les gaines de la racine dans le poil (fig. 61). Les champignons qui prolifèrent ici occasionnent au début le relâchement, plus tard la chute des cheveux et enfin l'atrophie des papilles pilifères, qui entraîne l'atrophie des papilles et par suite une calvitie définitive (1).

---

ou sur l'animal, est à ce point *spécifique* — *favique* — *qu'elle se retrouve dans les cultures pures* de favus, *tandis qu'elle n'existe pas dans celles du* tricophyton. Voici comment le phénomène est décrit par Dm. Verujski — Rech. s. la morph. et la biol. du trichophyton tonsurans et de l'achorion Schœnleinii, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887, p. 369.

« Quant à l'odeur, elle se retrouve dans tous les milieux où on a cultivé l'*achorion*, et sur le champignon lui-même. Elle est très nette surtout quand on filtre le liquide de culture, ou quand on commence à dessécher le champignon pour le peser à l'état sec. Cette odeur rappelle moins l'odeur de souris que celle des matières animales en décomposition, *non putride*, et est due sans doute à ce que cette mucédinée consomme exclusivement de la matière albuminoïde. » Le *trichophyton*, qui vit surtout de substances hydrocarbonées, n'a pas d'odeur pareille, il sent faiblement comme les champignons de bois ordinaires.

En fait, le *favus* et le *trichophyton* ont DANS LE LABORATOIRE *une odeur*, et une odeur qui n'est pas la même pour les deux microphytes. EN CLINIQUE, on n'a pas reconnu d'odeur spéciale au trichophyton, mais on a constaté, *dans le favus*, une odeur extrêmement nette que tout le monde connaît sous le nom d'*odeur de souris*, importante non seulement pour les cas ambigus d'affection parasitaire, mais encore très nettement distincte des odeurs déterminées par les affections à staphylocoques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce n'est pas chose simple, ni aisée, que de décrire la *marche du favus dans l'appareil pilaire*, son *mode d'attaque*, ses *points de pénétration*, son *cheminement*, ses *extensions périphériques*; il est nécessaire cependant de chercher à s'en rendre compte. La question est un peu délicate, mais on ne pourrait la sous-entendre sans tronquer l'histoire de la maladie.

Lebert, Wedl, Ch. Robin, Gudden, etc., ayant vainement cherché le parasite dans le bulbe, étaient disposés à considérer les amas faviques comme la condition essentielle des altérations du poil. Cependant Bazin avait reconnu l'existence des spores faviques *dans les cheveux* très altérés, principalement sur les bords, ce qui, disait-il, donnait à ces cheveux l'apparence de poils trichophytiques; de même, Lailler enseigna que le développement du favus se fait, primitivement, et surtout, aux dépens des follicules pileux et des poils. Mieux qu'aucun autre, le professeur Kaposi

Suite de la note des Traducteurs.

a bien établi la pénétration du favus dans le poil, et le rôle du parasite dans l'atrophie des follicules, ainsi que dans les diverses altérations pilaires. Dans l'épiderme corné qui recouvre le favus, et même dans celui des régions voisines, il est facile de voir les tubes du mycélium se propager entre les plans des cellules, s'enrouler autour d'elles en s'insinuant dans les fentes intercellulaires; mais on ne les voit pas s'étendre, comme l'a vu l'auteur jusque dans le réseau.

La pénétration du favus dans le poil ne saurait plus être aujourd'hui mise en doute ; l'absence d'art technique suffisant en a seul, jusqu'ici, retardé la démonstration courante. Voici l'exposé des procédé employés par Balzer dans le laboratoire de l'un de nous à l'hôpital Saint-Louis, et un sommaire du résultat de ses observations :

Les cheveux, d'abord dégraissés dans l'éther, doivent séjourner un certain temps dans une solution à 40 p. 100 de soude ou de potasse caustique ; ils sont ensuite traités par l'ammoniaque, et examinés dans la glycérine. Il est alors aisé de distinguer admirablement les tubes dans le poil ; on les voit former, dans l'épaisseur de sa racine, entre les cellules pigmentées, des réseaux se continuant dans toute la longueur du poil sous forme de traînées brillantes dans lesquelles on reconnaît facilement les sporules. Celles-ci sont plus abondantes dans les couches externes du poil qu'à son centre, où on les retrouve cependant d'une façon à peu près constante quand la préparation a été bien faite. L'action de la solution caustique doit être surveillée de près ; il faut qu'elle ne s'exerce que sur la matière colorante du cheveu, et qu'elle n'amène pas la désagrégation complète de celui-ci. Il est difficile de dire d'une façon précise combien de temps le cheveu doit séjourner dans la solution ; cela dépend de sa coloration, de son épaisseur, de la concentration du liquide, etc. ; à chaud, l'action est plus rapide, mais aussi plus irrégulière.

Le champignon est plus constant et plus abondant dans la racine du poil que dans sa portion libre ; les auteurs allemands, Hoffmann en particulier, ont pensé qu'il provenait toujours de la partie profonde, et qu'il ne traversait pas la cuticule entière du poil pour pénétrer dans son épaisseur. On voit facilement sur les préparations les réseaux tubulaires profonds en continuité avec les tubes qui dissocient les lamelles superficielles du cheveu. Il est difficile de juger si cette dissociation s'est produite de dehors en dedans ou de dedans en dehors ; ce que nous connaissons de l'évolution du favus doit nous faire adopter cette dernière opinion.

Après macération dans la solution caustique, le cheveu devient parfois tellement transparent, qu'on pourrait objecter, à la vue de certaines préparations, que les tubes n'existent pas en réalité dans son épaisseur, mais seulement à sa périphérie, et qu'on les aperçoit par transparence. Mais nous avons pu constater la présence du parasite végétal au centre de poils non traités par la soude ; nous l'avons vu dans les cheveux ternes, lanugineux et principalement dans les points où le poil avait été écrasé en partie ou dilacéré par la pince à épiler. On voyait en ces points les spores pénétrer dans le poil absolument comme dans la teigne tondante ; le même aspect s'observait à l'extrémité libre. Nous avons observé ainsi le parasite dans toute l'étendue des cheveux que nous avons étudiés ; quelques-uns d'entre eux présentaient cependant une longueur de plus de 4 centimètres. Enfin sur des poils dégraissés et simplement colorés par l'éosine, nous avons

Suite de la note des Traducteurs.

constaté que les contours des cellules épidermiques de revêtement du poil passaient manifestement au-dessus des traînées de spores les plus superficielles.

En résumé, les éléments du favus pénètrent dans le cheveu; ils peuvent même proliférer jusqu'à une hauteur de plusieurs centimètres. Aucun doute à cet égard, puisque sur de fines coupes de cheveux réunies en faisceaux, nous avons pu constater la présence des spores, tantôt immédiatement au-dessous de la gaine épidermique, tantôt en différents points de la surface de section.

Suivant UNNA, Mikologische Beiträge — *Vierteljahresschrift für Dermat. und Syph.*, nos 2 et 3, 1880, — dans les poils faviques, le bulbe pileux est toujours indemme de parasite. Il en est de même habituellement pour une partie un peu plus élevée de la substance compacte de l'écorce, à peu près au point à partir duquel la gaine interne de la racine est kératinisée dans toutes ses couches, par conséquent là où existent les deux gaines de Henle et de Huxley, et où, en même temps, le cheveu proprement dit (moelle, écorce et cuticule) acquiert son calibre définitif. Là, au fond du follicule pileux, à la limite inférieure du troisième quart, le dépôt parasitaire cesse d'ordinaire assez rapidement, et, qu'on observe à un grossissement plus ou moins fort, le point d'arrêt est également net.

Mais dans beaucoup de cheveux, cette limite se trouve déjà plus haut, jusque dans la dépression infundibuliforme du follicule pileux. Si, même à un faible grossissement, on voit si nettement la limite entre la portion saine et la portion malade du cheveu, cela tient aux modifications que la prolifération du champignon détermine dans la substance cornée. Les chaînes de gonidies enchevêtrent dans tous les sens les cellules cornées; il en résulte que non seulement le contour extérieur et lisse du cheveu disparaît, mais encore que, dans toute son épaisseur, il apparaît désagrégé et dissocié. La gaine interne de la racine présente le même aspect dans la partie kératinisée, et on rencontre rarement cet état jusqu'à la limite de la kératinisation. En général, la tige de cheveu, avec sa cuticule, ainsi que la gaine interne et sa cuticule, sont modifiés à la même profondeur dans la follicule pileux; aussi est-il impossible de savoir si le champignon a pénétré séparément dans les deux, ou si la gaine de la racine a infecté le cheveu, ou bien si c'est le contraire qui a eu lieu. Certaines préparations prouvent que ces trois cas peuvent se rencontrer. On trouve, par exemple, le tiers supérieur du cheveu malade, une zone plus profonde tout à fait indemne et plus profondément encore une prolifération de champignons dans le cheveu, tandis que la gaine interne est malade dans toute son étendue; dans ce cas, la source la plus prochaine de l'invasion du champignon se trouve dans la gaine de la racine. Par contre, on voit d'autres cheveux dont la tige est atteinte d'une manière interrompue, et la gaine interne seulement par places; ces faits n'admettent que l'explication inverse. Mais, un fait certain, c'est que le champignon peut proliférer dans les deux gaines d'une manière indépendante, puisque l'altération pénètre toujours plus profondément dans l'une des deux. D'autre part, on ne rencontre jamais de cheveux dans lesquels les foyers parasitaires sont isolés les uns des autres, soit dans le cheveu, soit dans la gaine; aussi Unna n'admet-il pas que des champignons puissent se frayer insensiblement une voie dans la profondeur, sans altérer les cellules cornées. Par conséquent, contrairement à l'opinion de Hoffman, avec Kaposi, il reconnaît que la cuticule oppose, en général, une résistance un peu plus grande à la pénétration du champignon que les cellules

Suite de la note des Traducteurs.

cornées de la gaine interne de la racine et de l'écorce du cheveu. Toutefois, on voit fréquemment la cuticule déchirée dans la profondeur du follicule pileux, toujours au niveau de la dépression infundibuliforme, où la migration du champignon se fait dans le cheveu, à travers la cuticule, en partant de la couche cornée environnante.

Mais sur un point essentiel, Unna est en opposition complète avec Kaposi, à propos de l'assertion suivante : Il est probable que dans la majeure partie des cas, la prolifération, partant du bulbe du cheveu où les cellules sont succulentes et relâchées, pénètre dans sa substance, après avoir suivi jusqu'alors une marche descendante dans les cellules des gaines de la racine (Hebra et Kaposi, T. II, p. 805, trad. D., fig. 12). Déjà Gudden et Wedl avaient émis une opinion opposée et prétendaient n'avoir jamais trouvé de champignon dans le bulbe du cheveu.

Sur cent cinquante cheveux contigus pris sur un morceau de peau atteint de favus, Unna en a trouvé cent remplis de filaments parasitaires, aussi bien dans la tige que dans la gaine interne de la racine, tandis qu'il n'a jamais rencontré un seul filament dans le bulbe pileux de ces mêmes cheveux.

Le cheveu dont le dessin est reproduit par Kaposi est le siège d'une invasion extrêmement développée de favus, et ce cas, comme tous les cas extrêmes, est insuffisant pour appuyer l'opinion de Kaposi. Mais Unna ajoute en outre que cette *théorie du détour* (c'est-à-dire cette marche qui part d'en bas à travers les gaines de la racine pour arriver dans la tige du cheveu) est encore sur un second point en contradiction avec toutes ses préparations microscopiques. Il a trouvé, en effet, outre le bulbe du cheveu, la gaine externe de la racine tout entière complètement indemne de champignons (il en est de même pour l'épiderme de toute la couche dentelée).

On n'est d'ailleurs jamais assez heureux pour extraire ensemble la gaine externe et la gaine interne. Le dessin de Kaposi ne représente que la gaine interne tuméfiée. S'appuyant sur ses préparations, Unna rejette donc la *théorie du détour*.

Quant à l'immunité (dont il vient d'être question) de la gaine externe, il n'a pas trouvé de véritables exceptions, mais seulement de temps à autre des exceptions apparentes. Il s'agissait, dans ces cas, d'épaississements circonscrits de la gaine interne de la racine, qui était tuméfiée par le champignon; aussi la gaine externe paraissait-elle resserrée et déviée en quelques points. Mais à un plus fort grossissement, on voyait que la gaine externe de la racine était intacte et seulement comprimée par la présence d'un corps étranger dans la gaine interne.

Il en est ainsi, comme on le sait, pour l'épiderme. Le champignon prolifère, entre la couche cornée superficielle et la couche cornée inférieure, dans les couches moyennes relâchées. La dépression dans laquelle se trouve le godet favique est lisse, brillante, formée par l'épiderme déjà kératinisé. Les coupes faites par Unna montrent aussi les effets de la compression sur le tissu épidermique : d'un côté, il y a un aplatissement général, précoce, de toutes les cellules dentelées ; de l'autre, un faible développement, on pourrait même dire une absence de la couche granuleuse, tandis que la couche cornée inférieure, contenant des noyaux, est épaissie. Il a ramené à deux facteurs les modifications caractéristiques des couches de transition : augmentation de l'afflux de la lymphe du tissu et pression venue de l'extérieur. Partout le champignon évite les cellules relâchées, succulentes, et préfère les cellules kératinisées de la racine ; de celle-ci à la cuticule, puis à la tige ; dans tout ce parcours, il ne rencontre aucun obs-

Il arrive en outre que les godets faviques déposés entre les couches épidermiques exercent pendant des mois et des années une pression sur les papilles situées au-dessous et provoquent leur disparition. C'est ainsi que la peau prend un aspect chauve, atrophique, cicatriciel, brillant, n'ayant plus ni follicules, ni cheveux; dans ce cas, il reste tout au plus quelques follicules et quelques cheveux qui n'ont pas été atteints directement par la maladie. Quelques auteurs prétendent même que des os du

---

Suite de la note des Traducteurs.

tacle entre les cellules cornées, quelle que soit leur origine, et s'arrête, au contraire, devant la couche épineuse de l'épiderme et devant la gaine externe de la racine et le bulbe du poil, comme devant un mur. Unna a constaté ces résultats des centaines de fois, quoique sur un nombre très limité de cas; il croit qu'on peut appliquer ces conclusions à la pathologie du favus en général, mais il est beaucoup plus réservé en ce qui concerne les altérations de la peau proprement dite.

Cependant F. Balzer — Rech. histol. s. le Favus et le Tricophyton, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1881, p. 385 — croit que les conclusions de Unna, dont il reconnaît, d'ailleurs, la rigueur scientifique, sont trop absolues; il admet bien qu'il est facile de voir, sur les préparations des cheveux faviques, les réseaux tubulaires profonds en continuité avec les tubes qui dissocient les lamelles superficielles du cheveu, et qui sont, eux-mêmes, reliés à ceux du godet; il admet en outre le mode de pénétration directe qui lui semblait d'abord douteux, mais il ne se croit pas obligé pour cela de rejeter la théorie du détour, et il croit que les deux modes de pénétration, directe ou indirecte, s'observent dans le favus, sans pouvoir dire lequel des deux a le plus d'importance. En résumé, selon Balzer, le favus parcourt dans son évolution complète trois phases bien distinctes.

« 1° Végétation intra-épidermique de l'achorion; formation du godet dans l'infundibulum pilaire; envahissement du poil. Pendant cette phase, souvent très prolongée, le champignon n'attaque pas le bulbe pileux, ni les couches profondes du corps muqueux. — 2° Végétation intradermique : le parasite franchit la gaine interne et la gaine externe du cheveu, il pénètre dans le derme. C'est la phase d'ulcération et de destruction, les papilles des poils sont détruites, les poils tombent. — 3° Phase de cicatrisation : il n'y a plus de papilles, plus de poils, plus de parasites; c'est l'alopécie cicatricielle, définitive. »

Ce dernier énoncé, simple et clair, représente en peu de mots faciles à retenir, et débarrassés des détails trop techniques, le *dépôt* du parasite dans l'infundibulum, l'envahissement *secondaire* du poil, la rupture des gaines, l'altération ultime du derme, et l'extinction du parasite.

Quand nous aurons ajouté que le poil n'est pas indispensable à la constitution du godet, nous aurons terminé cette exposition, déjà trop longue.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

crâne ont été résorbés jusqu'à disparition par suite de la pression des masses faviques (1).

Il n'existe pas d'ulcères faviques proprement dits, mais il peut survenir, comme dans l'eczéma du cuir chevelu, des complications inflammatoires, eczéma, engorgements ganglionnaires, végétations.

On trouve aussi le favus sur le cuir chevelu sous forme de foyers distincts plus ou moins étendus (*favus discret*), dans quelques cas répandus presque sur toute la tête (*favus confluent*), mais il n'est qu'exceptionnellement réparti d'une manière uniforme (2).

---

(1) Cela ne s'observe pas *chez l'homme;* et on ne le constate pas davantage chez les animaux domestiques; c'est seulement sur les petits animaux, la souris, que de semblables altérations ont pu être relevées. Chez l'homme, si l'on a observé, à la suite du favus, des lésions aussi profondes, ce ne pouvait être que sous l'action d'un processus accessoire dont la nature a été méconnue. E. B. — A. D.

(2) *Sur le cuir chevelu* comme sur les autres points du tégument, le favus peut revêtir deux formes principales; 1° *favus typique*, *complet*, *en godets*; 2° *favus atypique*, *favus sans favi.* Chaque forme comprend plusieurs variétés :

I. — *Favus typique*, *complet*, *en godets* : *a.*) *favus urcéolaire*, *tinea lupinosa :* Les godets sont bien conformés, individualisés, centrés par un poil; on en distingue deux *variétés :* le *favus urcéolaire disséminé*, le *favus urcéolaire cohérent ou confluent*, selon que les godets restent épars, ou qu'ils sont réunis en groupes plus ou moins pressés, mais dans lesquels ils sont toujours nettement distincts.

II. — *Favus en disques*, *nummulaire*, *en écu*, *scutulé*, *scutiforme*, *teigne annulaire*, *t. aux petits écus*, etc., *annulaire*, *festonnée*, etc.

Les disques se constituent par la coalescence rapide des godets qui se confondent par leur bord externe, lequel constitue, à la périphérie, un ourlet simple ou multiple plus ou moins festonné, mais continu.

On en peut voir un exemple remarquable dans la pièce 442 du Musée de Saint-Louis que nous avons fait mouler en 1877 sur la tête d'un enfant de six mois.

Deux grands disques juxtaposés, occupent la région pariétale ; on remarquera la bordure festonée, à zones concentriques du vaste godet composite; c'est la ligne de germination excentrique et aiguë du favus évoluant sur une région couverte de cheveux encore follets. L'aire centrale plâtreuse représente la désagrégation moléculaire du centre des favi et des bords détruits par contact.

Tantôt, les godets faviques, plus rapidement déformés, représentent une masse compacte blanc jaunâtre, friable, à travers laquelle les cheveux semblent sortir irrégulièrement, mais dans laquelle un examen attentif permet encore de reconnaître les godets.

Suite de la note des Traducteurs.

c.) *Favus irrégulier; F. squarreux.* — Que cette variété soit primitive, ou qu'elle résulte de la déformation des précédentes, l'évolution favique y est *irrégulière*, les surfaces envahies ne sont plus arrondies; elles sont « allongées, inégales » — BAZIN.

On peut voir un exemple typique de cette *disposition* sur la pièce 799 que nous avons déposée, en 1882, dans le Musée de Saint-Louis.

Sur ce moulage que nous avons fait exécuter à titre de pièce d'étude, on remarquera : *a*) la disposition linéaire, gyroïde, du favus, tout à fait imprévue, et si nettement caractérisée dans les canaux cicatriciels linéaires de la partie antérieure; *b*) la bordure érythémateuse qui limite les cicatrices de favus ancien, et qui correspond aux surfaces où le favus est encore en activité germinatrice ; *c*) la dépression, au-dessous du niveau, de la peau avoisinante, tout à fait caractéristique, des cicatrices faviques, dont l'achromie contraste avec la coloration de la périphérie. Sur ce sujet, le favus datait de cinq à six ans, et il n'avait jamais été traité régulièrement. Nulle part de godets caractéristiques; mais le caractère des cicatrices, et l'examen des poils émergeant des surfaces érythématosquameuses de leur périphérie, faisaient aisément constater la réalité du favus, histologiquement et cliniquement.

Mais ce n'est pas seulement dans la *disposition* que le favus squarreux constitue une forme proprement dite, c'est encore dans le mode germinatif et dans l'aspect clinique.

« La matière favique, dit Bazin — *Affect. parasit.*, p. 115 — semble se développer plus particulièrement sur la tige des poils, auxquels elle forme, dans une certaine étendue, des gaines qui se réunissent, et adhèrent assez fortement les unes aux autres. De là ces saillies anfractueuses, et quelquefois considérables, qui hérissent le cuir chevelu, sortes de monticules que j'ai depuis longtemps comparés aux cartes de géographie en relief représentant le sol de l'Ardèche. La membrane épidermique du poil ne reste pas en place, comme dans les variétés précédentes; mais, détachée par la pression du parasite, elle glisse sur la racine, et, plus tard, sur la tige, formant ainsi à cette dernière, avec la tunique interne de la capsule, une véritable gaine dans une étendue de un à plusieurs centimètres; le cryptogame est dans ce cas en rapport direct avec le poil. »

III. — *Favus atypique; favus sans favi.* — Dans cette forme, dont les variétés sont illimitées en nombre et en caractères, le godet proprement dit peut n'avoir existé à aucune période, ou avoir disparu, ou bien être absolument fruste et rudimentaire; retrouvé en formes douteuses à l'extrême limite des lésions, ou à la base de quelques poils. L'envahissement s'est fait d'emblée d'une manière diffuse, ou les points de rencontre des surfaces malades se sont effacés, et la totalité du cuir chevelu peut être uniformément occupée par les lésions. Celles-ci peuvent être très variées, représenter une *séborrhée pityriasique*, sèche ou grasse, un *eczéma séborrhéique* vulgaire, un *eczéma sordide* et *suintant* tel qu'on l'observe dans la pédiculose; un *impétigo melliforme* ou *granulé;* quelquefois même ces affections ambiguës auxquelles on donne le nom de

La marche chronique du favus est en général très lente; son évolution peut se prolonger pendant vingt et même trente ans (1).

Le favus du cuir chevelu peut aussi guérir spontanément en amenant *eo ipso*, sur les parties atteintes, la formation de cicatrices par atrophie des follicules, le parasite ne subsistant que dans le foyer folliculaire (2).

« *psoriasis capitis* », sans en pouvoir faire la preuve par la coïncidence de lésions psoriasiques manifestes sur le reste du corps — *Favus ambigu*, *Favus multiforme*. La connaissance de ces formes et de ces variétés est de première importance au point de vue du diagnostic, ainsi que nous le verrons plus loin. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Le favus peut être observé dans la première enfance et se prolonger dans l'âge le plus avancé; nous avons rapporté, dans la note précédente, l'observation d'un cas de favus occupant de grands espaces du cuir chevelu sur la tête d'un enfant de six mois. En 1879, nous avons eu dans notre service de l'hôpital Saint-Louis une vieille femme de *quatre-vingts ans*, atteinte d'un favus du cuir chevelu, dont l'origine ni le début ne pouvaient être fixés par elle; il n'y avait plus sur la surface entière qu'un duvet extrêmement grêle et de maigres godets disséminés.

La durée du favus, abandonné à lui-même, est, pour ainsi dire, indéfinie, tant est lente, chez quelques sujets, l'auto-inoculation. Souvent on trouve, absolument isolés, au centre d'une grande masse de favus, un îlot ou de longues crêtes de cheveux sains, qui, bien que couverts pendant de longues années de poussière parasitaire, n'ont jamais servi de réceptacle au parasite. Les cheveux de la bordure, de la lisière, présentent, à ce sujet, une disposition réfractaire très remarquable; il est tout à fait exceptionnel que, même sur les têtes faviques les plus complètement dépilées, on ne trouve pas une mince zone de cheveux intacts sur toute la périphérie; cette barrière n'existe ni pour la pelade, ni pour la trichophytie.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Le favus (comme le trichophyton, quoique bien plus rarement) peut occuper les surfaces pourvues de poils, en dehors du cuir chevelu : la barbe en est le siège le moins rare, soit sur les parties latérales, soit dans la région sous-maxillaire, soit même à la lèvre supérieure. Si la nature de la lésion est méconnue, il se produit des périadénites pilaires isolées (sycosis tuberculeux), ou groupées (sycosis en plaques) qui ont pu en imposer pour des affections tout à fait différentes, voire même pour des épithéliomes ou des syphilomes. Parfois, le diagnostic en est d'une extrême facilité à la vue des godets caractéristiques, lesquels, restent toutefois, plus isolés et plus petits que sur le cuir chevelu; la distinction est plus difficile quand les lésions (comme cela est ordinaire) ont déjà été aggravées et dénaturées au moment où le médecin compétent les examine. Mais, dans ces dernières circonstances, l'examen microscopique, soit immédiat, soit pratiqué quand les surfaces malades ont été

Sur les régions du corps qui sont dépourvues de poils, au tronc, aux membres et à la face, on rencontre plus rarement le favus; parfois on l'y observe à l'état aigu. J'ai vu sur un homme se développer de cette façon, dans l'espace de quelques semaines, une éruption favique généralisée qui avait commencé par de petits points de la grosseur d'une tête d'épingle. Chez ce malade, on observa plus tard une dermatite intense sur différentes régions de la peau et l'exfoliation du favus en ces points. En même temps, il y avait des vomissements et une diarrhée incoercible, de manière à me faire supposer que du favus existait aussi dans l'intestin, ce qu'on n'avait jamais observé jusque-là. Après la mort, survenue par épuisement, le professeur Kundrat trouva en effet à l'autopsie des foyers faviques sur la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, et, sur celle de l'intestin, de nombreux ulcères folliculaires ainsi que des cicatrices dont la forme ne permettait de les rapporter à aucune des causes connues et qui provenaient par conséquent probablement aussi du favus. Sur les parties du corps dépourvues de poils, le favus forme habituellement de beaux godets discrets sur des amas jaune soufre considérables, disposés en groupes ou en cercles. Mais, dans ces conditions, il guérit habituellement d'une manière spontanée, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, par la chute des godets, car les follicules des poils follets sont très superficiels, et par conséquent les éléments parasitaires ne se trouvent pas à une grande profondeur. Exceptionnellement, le favus du tronc et des membres aurait persisté pendant plus de vingt ans (Michel); dans ces cas, il laisse fréquemment des dépressions atrophiques (1).

---

pendant une ou deux semaines abandonnées à leur évolution naturelle, tranche aisément la difficulté.

Il est donc essentiel de retenir que le *sycosis favique* existe à la face, et que sa possibilité doit entrer dans les prévisions du diagnostic des lésions sycosiques ou sycosiformes de la barbe. La fréquence plus grande du favus dans notre région explique comment nous avons pu faire aisément une constatation, qui a pu échapper dans les pays moins riches en achorion. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Sur les parties glabres, comme sur le cuir chevelu, et avec plus de netteté, on peut constater les formes *favique*, *érythémateuse*, *érythématosquameuse*.

a.) *Forme favique.* — Le Musée de l'hôpital Saint-Louis en contient un grand nombre de magnifiques exemples, reproductions, par Baretta, du favus généralisé n°s 21, 428, 567, 608, 609, 646, 661, 665, 914, 915, 1050, 1232, 1299.

Sur la pièce 646, déposée par nous en 1880, on peut suivre tous les degrés de l'évolution du favus sur la peau glabre, depuis le point initial jaune sans tache érythémateuse, jusqu'au godet atteignant les dimensions d'une pièce

Localisé au cuir chevelu ainsi que sur le tronc et les membres, le favus se combine parfois avec des cercles rouges, squameux, sembla-

---

de 20 centimes en argent; on pourra suivre, à la loupe, le mode évolutif excentrique de l'anneau favique, depuis la ponctuation initiale à laquelle succède l'anneau à simple contour, jusqu'au godet à double et à triple contour. A partir du quatrième anneau, la masse se déforme, la bordure craque et se rompt en même temps que l'écu favique se désagrège, et se détruit par le centre.

Lorsque les godets, ou les plaques, sont avulsés mécaniquement, ou accidentellement, ils laissent une surface irrégulièrement érythémateuse, marbrée, sur laquelle on voit bientôt repulluler une nouvelle génération de favi.

b.) *Favus érythémateux et érythémato-squameux.* — Le favus ne détermine pas sur la peau des éruptions érythémateuses aussi irritatives que celles qui reconnaissent comme cause le trichophyton; toutefois il peut les simuler quand les godets ne sont pas encore visibles, ou quand ils ont été avulsés. Dans l'érythème pré-favique, les taches sont petites, quelquefois en anneaux imparfaits et de petites dimensions; quand il y a de grandes nappes irrégulières, c'est que le favus a déjà germé depuis assez longtemps et il est bien rare qu'on ne retrouve pas sur un point de leur surface un godet ou de très petits godets microscopiques qui sont de seconde germination, ou des dépressions laissées par les godets tombés ou avulsés.

Ces *variétés* évolutives ont été considérées par quelques auteurs comme *des formes* spéciales de favus — *favus herpétique* — en rapport avec un état morphologique spécial — Quincke, Doppelinfektion mit Favus vulgaris und Favus herpeticus, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, T. VIII, n° 2, p. 49. Cet auteur distingué avait déjà publié en 1887, *Arch. für experiment. Pathol. und Pharmak.*, T. XXII, p. 62 — un mémoire sur trois champignons différents, qu'il avait trouvés dans les godets du favus. Il les désignait par α, β, γ. Des recherches ultérieures lui ont permis de reconnaître que β et γ ne sont que des variétés d'un même champignon; aussi actuellement n'en admet-il que deux, α et β ou γ, deux formes cliniques du favus leur correspondant : le favus vulgaire occasionné par le champignon γ, localisé au cuir chevelu; le favus herpétique, déterminé par le champignon α, a le plus souvent son siège sur les régions non velues. Il donne à l'appui de cette opinion l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans qui fut admise à la clinique médicale de Kiel avec ses deux enfants, un garçon âgé de six ans et une fille de cinq ans.

I. La mère est atteinte de favus depuis son enfance; actuellement, godets faviques sur le cuir chevelu; le corps est indemne.

II. Le petit garçon, outre le favus de la tête, présente sur la face, le dos, les bras et les jambes des taches arrondies, rouges, recouvertes de squames blanchâtres; quelques jours auparavant, il existait encore quelques petits godets jaunes. Sur les parties non pourvues de poils, la guérison fut rapide; sur le cuir chevelu, beaucoup plus lente.

III. Chez la petite fille, à l'occiput, godets faviques; sur le dos, les jambes,

bles à l'herpès tonsurant, de telle sorte que des godets sont compris dans la limite des cercles d'herpès, ou bien placés à leur centre, ou enfin confondus avec eux. Ces cas survenant à la suite d'une contagion accidentelle, ou après l'application sur la peau de compresses humides et chaudes (Hebra, Kaposi), ou encore à la suite d'une inoculation artificielle (Köbner, Pick, Peyritsch), ont conduit Hebra à penser que le favus et l'herpès tonsurant sont essentiellement identiques entre eux,

---

les bras et la joue droite, nombreux points de la peau ayant l'aspect de l'herpès tonsurant squameux ; sur l'épaule gauche, un godet commençant.

Des cultures avec les godets des cas II et III donnèrent le champignon γ. Les cultures provenant du cas III des parties malades de la peau non velues, échouèrent; par contre, on obtint de très belles cultures pures des squames du dos et des sourcils provenant du cas II, lesquelles avaient tous les caractères du champignon favique α, à en juger par leur mode de croissance sur la gélatine et les pommes de terre, même à une basse température, leur aspect microscopique et la formation de gonidies microscopiques et macroscopiques.

Chez le même malade, le petit garçon, on trouva donc, comme cause du favus vulgaire sur le cuir chevelu, le champignon γ, et du favus herpétique sur le corps, le champignon α.

D'après les dires de la mère, il faut admettre que pendant plusieurs années le petit garçon n'a eu que du favus vulgaire, la petite fille du favus herpétique et que ce n'est que plus tard — peut-être quelques mois avant leur entrée à l'hôpital — que, par une contagion réciproque, il s'est produit chez les deux enfants une double infection.

Chez la mère atteinte de favus ancien de la tête, le favus herpétique n'est apparu que dans le cours de l'observation.

Le père a eu vraisemblablement du favus herpétique; les renseignements exacts manquent.

L'auteur fait remarquer en terminant que chez les enfants la maladie de la peau occasionnée par le champignon α a évolué principalement sous l'aspect de l'herpès tonsurant squameux, et ce n'est qu'accidentellement et ultérieurement qu'il est survenu un godet caractéristique.

Les recherches de Quincke n'ont pas en général été confirmées. Avec tous les cliniciens, J. Pick, Société des médecins allemands à Prague, séance du 25 février 1887 — *Prager med. Wochenschr.*, 1887, p. 70 — n'admet pas que trois mycodermes différents produisent une seule et même maladie. D'autre part, A. Elsenberg — Ueber den Favuspilz, *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, 1889, p. 179 — dans les nombreux cas de favus qu'il a observés dans l'hôpital israélite de Varsovie, et à l'occasion desquels il a pu faire un très grand nombre de recherches bactériologiques, a trouvé dans les godets qu'il a recueillis sur le cuir chevelu ainsi que sur les régions de la peau *deux* espèces de mycodermes, et toujours simultanément; ce sont vraisemblablement ces variétés que Quincke a désignées par β et γ, bien qu'elles ne correspondent pas tout à fait à la description de cet auteur; il n'a jamais observé le champignon α.

Ces deux formes du champignon du favus sont tout à fait identiques comme structure microscopique; la différence qui existe entre elles

et que tous les deux proviennent de champignons de moisissures (1), tandis que Köbner a désigné ces cercles comme la période herpétique prodromique (*herpetisches Vorstadium*) du favus. On trouve également des champignons dans les squames épidermiques de ces cercles.

Le favus des ongles — *onychomychose favique* — se montre dans la substance unguéale sous l'aspect de dépôts circonscrits, jaune soufre ou blanc jaunâtre, d'autrefois comme un épaississement uniforme, dégénérescence caséeuse et perte de l'adhérence de l'ongle. L'affection atteint un ou plusieurs ongles des doigts, sa durée dépasse souvent celle du favus du cuir chevelu; mais d'une manière générale, le favus des ongles est rare (2).

---

repose sur certaines particularités de culture si caractéristiques qu'il est impossible de ne pas en distinguer deux variétés; on n'en peut, d'ailleurs, constater les différences que sur deux terrains de culture, la pomme de terre et l'agar ou la glycérine agar.

Cf. : Désir de Fortunet, Parasites des éruptions circinées — *Lyon méd.*, 1889, p. 253; D. de F. et Courmont, Etude expériment. sur un champignon trouvé, chez l'homme, dans une lésion circinée de la peau, qu'il faut considérer comme une lésion favique — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e Série, T. I, 1890, p. 239. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le favus et le tricophyton ne proviennent jamais « des moisissures », mais toujours du favus et du trichophyton — Voy. plus haut la note 1, p. 752, et plus bas la note 2, p. 780. E. B. — A. D.

(2) La connaissance, importante en pratique, de l'*onychomycose favique* a besoin d'être assurée par quelques détails complémentaires.

Un premier fait à ne pas omettre, bien indiqué par l'auteur, consiste dans la *survivance* du favus des ongles au favus du cuir chevelu, *sa persistance durant de longues années après que la maladie du cuir chevelu est éteinte et oubliée.* HENRI FOURNIER, Étude sur la trichophytie des ongles — *Journ. des maladies cut. et syph.*, 1re série, 1889, p. 3, note 1, — a observé une famille de la banlieue parisienne « dont les enfants, au nombre de cinq, âgés de huit à seize ans, étaient *tous* atteints d'onychomycose favique démontrée par le microscope, le favus ayant, depuis longtemps, complètement disparu du cuir chevelu par un traitement approprié. J. FABRY, Ueber Onychomycosis favosa — *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890, p. 21 — rapporte l'observation d'un homme de quarante et un ans guéri depuis l'enfance d'un favus du cuir chevelu, et qui était atteint d'onychomycose favique ayant débuté pendant les années d'école.

Tantôt un ongle seul est atteint, d'autres fois deux ou plusieurs, à une main ou aux deux, sans symétrie; les ongles des pieds peuvent être aussi attaqués.

L'onychomycose favique peut être *partielle*, sous forme de taches jaune-maïs, fissuraires ou érodées; ou *généralisée*, occupant l'ongle entier qui devient épais, strié longitudinalement, en moelle de jonc, carac-

Suite de la note des Traducteurs.

tères plus ou moins analogues aux onychoses dues à *d'autres* causes diverses. La partie inférieure, libre, s'écaille, s'exfolie, et avec le temps, la totalité des lames cornées superficielles s'effrite, bien que l'ongle reste solidement attaché à son insertion ; tout cela avec des déformations très variées dans le détail. Cf. Dubreuilh, deux cas d'onychomycose favique — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890, p. 322.

Aux mains et aux pieds, l'onychomycose favique présente des caractères en rapport avec la condition anatomotopographique propre des ongles aux extrémités supérieures et aux inférieures. Leur comparaison chez un sujet qui présente les deux localisations en même temps, ainsi que dans le cas de Fabry — *loc. sup. cit.* — n'est pas inutile à présenter.

a) Extrémités supérieures. — « Les seuls ongles atteints sont celui du pouce de la main gauche et celui de l'index de la main droite ; l'altération la plus manifeste se trouve sur le premier. Le plateau de l'ongle est séparé du lit par un amas épais de masses friables ; le plateau lui-même a une coloration verdâtre, il est le siège d'une opacité diffuse, il est rugueux ; à sa partie supérieure, il est uni et lisse. La décoloration de l'ongle présente une disposition spéciale : dans les parties du plateau voisines de la matrice, on observe un triangle dont le tissu est sain. La base de ce triangle représente à peu près la lunule. Il n'y a de réaction inflammatoire de la peau ni au-dessous de l'ongle, ni dans son voisinage, aussi la pression sur le plateau de l'ongle ou sur un point quelconque de la phalange unguéale ne détermine-t-elle aucune douleur. L'ongle du doigt indicateur de l'autre main présente presque les mêmes lésions, toutefois la forme du plateau, vu d'en haut, est restée normale, convexe, tandis que sur le pouce elle est concave, en forme de pelle.

b) Extrémités inférieures. — Parmi les ongles des orteils, au pied gauche, c'est celui du médius ; au pied droit, ceux du médius, du quatrième et du petit orteil qui sont envahis. La maladie offre ici un aspect absolument différent de celui des doigts : opacités circonscrites dans l'ongle, de coloration jaunâtre évidente, productions qui rappellent surtout les godets, elles sont au nombre d'environ trois à quatre et même plus sur un seul ongle. Les plateaux unguéaux sont un peu plus écartés du lit de l'ongle, la forme n'est pas modifiée d'une manière aussi frappante ; nulle part il n'existe de trace d'inflammation sur le cuir chevelu : aspect bien connu du favus après terminaison de son évolution spontanée, autour du vertex une grande plaque chauve recouverte de rares cheveux noirs. La peau est le siège de cicatrices atrophiques, pas de scutules. Pas d'achorion dans les cheveux. Sur le reste du corps, rien d'anormal.

L'étude histologique et phytologique de l'ongle favique a été faite par de nombreux observateurs ; elle est cependant peu connue. Le lecteur lira avec fruit la description suivante, faite d'après le même malade par Fabry.

« On observait chez ce malade les deux formes décrites par Kaposi : la forme circonscrite caractérisée par de petites opacités limitées du tissu unguéal, déterminées par l'accumulation de l'achorion, rappelant les scutules faviques, et la forme diffuse, dans laquelle l'opacité plus généralisée enva-

Suite de la note des Traducteurs.

hit tout l'ongle, les champignons étant répartis dans toute l'étendue de la substance unguéale. La forme circonscrite avait son siège aux orteils et la forme diffuse aux doigts.

La présence du champignon ici n'était pas douteuse, mais il était cependant intéressant de constater la disposition de l'achorion dans les deux variétés ci-dessus.

Sur les ongles des orteils, l'examen microscopique montrait des godets dissociés, des amas plus ou moins considérables de spores entourés de nombreux myceliums ramifiés. Dans les squames épidermiques détachées de dessous les ongles des doigts, les champignons n'étaient pas aussi nombreux; on ne remarquait que quelques filaments isolés, qui enlaçaient les cellules cornées. L'auteur ne croit pas se tromper en admettant que la première forme représente la période avancée de la maladie des ongles, et que, dans ce cas, de grandes parties du plateau unguéal sont séparées des couches épidermiques profondes, riches en sucs, et du chorion, et par suite se momifient.

En second lieu, les recherches de l'auteur ont porté sur le plateau de l'ongle, et pour mieux appliquer les remèdes on enleva avec des ciseaux et des pinces l'ongle du pouce sur toute l'étendue de la partie, qui, macroscopiquement, offrait une coloration verdâtre; il se produisit une hémorrhagie des papilles du chorion, preuve que l'on avait atteint des parties de l'ongle qui, à l'examen microscopique, permettaient de se rendre compte si le champignon avait pénétré dans le chorion, comme Campana — *Tageblatt der Kölner Naturforscher Versammlung*, 1888, p. 260 — l'a décrit récemment pour le trichophyton tonsurant et comme Balzer — *Arch. génér. de Médecine*, octobre 1881 — l'admet pour le favus et l'herpès tonsurant, et Pellizari — *Recherches sur le trichophyton tons.*, 1888 — pour l'herpès tonsurant de l'ongle.

A un faible grossissement, les filaments du champignon se reconnaissent facilement et forment des réseaux compacts entre les papilles du chorion. Les ramifications des filaments se prolongent dans la couche de Malpighi.

L'examen fait avec un plus fort grossissement confirme absolument les rapports ci-dessus : avant tout, un réseau filamenteux compact dans la région des prolongements épithéliaux qui se continuent entre les papilles du chorion. Il ne pénètre ni dans les papilles ni dans le derme, les papilles sont partout entourées d'une couche épaisse de filaments. Il y a des ramifications tout aussi épaisses de filaments dans les parties supérieures des cellules de la couche de Malpighi. Dans les lamelles cornées de l'ongle, il n'y a pas de filaments. Ce qui frappe surtout c'est que les filaments sont réunis en forme de réseau, contrairement à ce qu'on observe par exemple dans les godets; le tissu de l'ongle oppose une trop grande résistance, pour que la ramification soit uniforme dans toutes les directions, aussi ne peut-on les suivre jusque dans la couche cornée. Nulle part d'amas de spores. Mais par contre il n'y a pas, dans les ramifications filamenteuses, de signes de métamorphose régressive, elles portent souvent à leurs extrémités des épaississements en massue, qui détachent cà et là des spores, par conséquent sont en voie de germination.

L'achorion est-il simplement transporté d'une manière mécanique par le processus de kératinisation des couches plus centrales vers celles de la périphérie, ou bien traverse-t-il spontanément le tissu unguéal par suite de la germination des filaments? Les données microscopiques viennent à l'appui de la dernière hypothèse.

Suite de la note des Traducteurs.

En résumé :

1° Le terrain dans lequel se déroulent les processus occasionnés par le champignon du favus est le même sur l'ongle que sur la peau, c'est-à-dire dans les deux cas la couche épithéliale; même si le favus persiste longtemps, comme dans le cas ci-dessus, le champignon ne pénètre pas dans le derme.

2° La pénétration et l'expansion des champignons entre les couches épidermiques sont très actives, ils ne sont pas portés mécaniquement sur d'autres points par la prolifération et la transformation progressives des couches muqueuses en couches cornées.

3° Les foyers principaux d'éclosion de l'achorion sont le tissu unguéal entre les papilles du chorion et les prolongements épithéliaux; de là le champignon pénètre dans les couches supérieures de l'épiderme non kératinisé. Dans les couches cornées de l'ongle, il n'y a pas de terrain qui lui convienne.

4° Les points indiqués dans le paragraphe ci-dessus expliquent parfaitement la momification de l'ongle, attendu que ces masses parasitaires, situées entre les papilles du chorion et les prolongements épithéliaux du réseau de Malpighi, séparent les couches épithéliales des vaisseaux qui nourrissent les papilles du derme.

Comme traitement, on détacha avec des ciseaux les parties malades de l'ongle et on enleva ainsi mécaniquement les masses parasitaires sous-jacentes, puis on détruisit les parties restantes par l'application de désinfectants (sublimé, acide salicylique et acide phénique). La guérison fut complète.

Le plus ordinairement, l'onychomycose favique est aphlegmasique, sans action marquée autre que la production de diverses déformations, et d'une atrophie unguéale proportionnelle à l'étendue de la destruction du lit de l'ongle, dans les cas où elle est réalisée. Il est tout *exceptionnel* de voir des *lésions trophiques* proprement dites des extrémités unguéales procéder du favus des ongles. C'est à titre d'exception, et sous bénéfice d'inventaire, que l'on peut enregistrer le fait suivant de P.-J. Eichhoff, Zur Aetiologie der Sklerodermie — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1890, n° 6, p. 857.

Chez un soldat, tambour, à la suite de lésions unguéales *primitives*, il survint des altérations progressives de sclérodermie asphyxique, algide, et mutilante qui évoluèrent pendant dix ans, le favus unguéal étant toujours méconnu, jusqu'à ce que, l'auteur ayant examiné le sujet et constaté histologiquement l'onychomycose favique, institua le traitement anti-parasitaire.

On enleva toute la partie malade des ongles, puis on pansa la première phalange trois fois par jour avec la pommade à l'acide pyrogallique à 10 p. 100, en faisant précéder chaque fois ce pansement d'un lavage avec un savon de potasse et d'acide salicylique à 5 p. 100, lavage continué aussi longtemps que le malade pouvait le tolérer, environ pendant dix jours. Puis applications de pommade à l'acide borique et reprise du traitement après guérison des ulcérations et élimination des escharres pyrogalliques. On continua ce même traitement du 14 mai au 6 juillet, et ensuite le malade quitta l'hôpital et vint à la consultation gratuite.

Les ulcérations sont cicatrisées, les ongles ont repris leur aspect normal, les douleurs n'ont pas reparu depuis plus de six mois, plus de parasites,

L'examen microscopique du godet favique montre, comme dans la coupe d'après Bennett (1), que le godet est limité à la partie supérieure par une couche de cellules épidermiques cornées. Au-dessous d'elle, on trouve une zone mince d'une masse visqueuse, finement granulée, formée probablement du détritus épidermique, qui pénètre entre les filaments de mycélium jusqu'au corps favique. Les filaments de mycélium sont disposés d'une manière concentrique et paralèle vers le centre du corps favique, dans le voisinage duquel ils segmentent les gonidies, de telle sorte que le centre du favus ne consiste qu'en gonidies et en granulations.

On peut étudier au microscope les éléments du corps favique sans préparation spéciale, en placant sur le porte-objet une parcelle de favus mélangée avec une goutte d'eau (fig. 62). Ces éléments se distinguent par une grande diversité, ce qui permet d'admettre leur végétation luxuriante (2).

Suite de la note des Traducteurs.

même la sclérodermie est en voie de régression, la mobilité des doigts augmente, la sensation de froid disparaît, les plis de la peau reviennent ainsi que la coloration et la température. Le malade peut dans la journée se livrer à de nombreux travaux. Comme traitement consécutif : pansement avec la pommade salicylée à 5 p. 100, et à l'intérieur, pilules de salicylate de soude.

Celso Pellizari — *Ricerche s. Trichophyton tonsurans*, Milano, 1888, p. 11 — rapporte le cas d'une femme de quarante-quatre ans, Albina P..., atteinte de trichophytie unguéale *datant de l'enfance*, et qui était, en même temps, atteinte de *sclérodermie;* mais il ne précise pas si il s'agissait de sclérodactylie, et il ne fait aucun rapprochement entre les deux altérations. La seule conclusion que nous voulions tirer de ces faits, c'est que, d'une manière générale, la recherche de la nature parasitaire des onychomycoses s'impose dans un grand nombre de cas où on n'a pas coutume de la pratiquer.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voyez Ch. Robin, *Des végétaux qui croissent sur l'homme*, etc. Paris, 1847, planche III. E. B. — A. D.

(2) L'emploi des matières colorantes, associé au mode de préparation que nous avons indiqué plus haut, — voy. note *des traducteurs*, page 764 — permet de se rendre un compte beaucoup plus exact des détails essentiels qui, sans cela, échapperaient à l'examen. Tous les colorants connus en histologie ont été mis à l'essai dans notre laboratoire par Balzer, Juhel-Rénoy, Jacquet, etc. Ceux que Balzer a trouvés donnant les résultats à la fois les plus constants et les plus durables sont l'éosine et le violet de méthylaniline. La teinture d'iode donne des préparations fort belles, mais peu persistantes. L'éosine réussit mieux quand on veut étu-

On voit des filaments de mycélium excessivement ténus, simples, grossiers, noueux, plusieurs fois cloisonnés, ou bien articulés et ramifiés, avec des noyaux adhérents aux parois et alternant, et des gonidies de grosseur et de forme différentes, rondes, anguleuses, ovales, allongées, en forme de biscuit, cloisonnées, avec ou sans noyaux. Tous ces éléments appartiennent au champignon découvert en 1839 par Schönlein et désigné par Remak sous le nom d'achorion de Schönlein, tandis qu'on a reconnu qu'une puccinia, trouvée plus tard par Ardsten, n'était qu'un élément qui s'y était mêlé accidentellement.

Ces éléments, mais surtout le mycélium, se trouvent entre les cellules épidermiques des gaines de la racine du poil, des bulbes pileux et de la

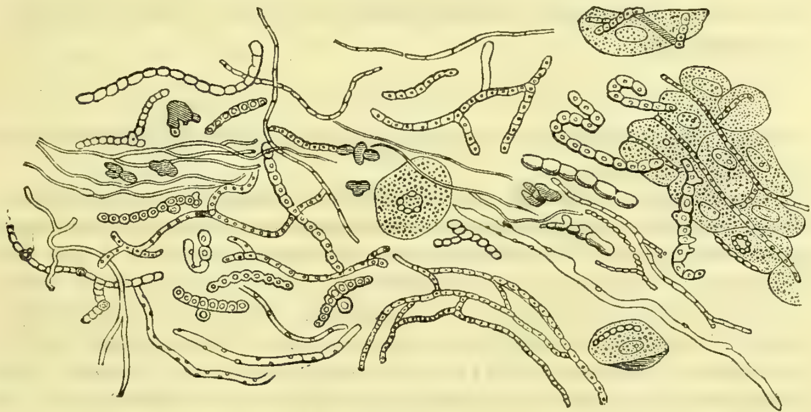


Fig. 62.

Éléments parasitaires provenant de la partie inférieure d'un godet favique. Filaments et gonidies de grosseur et de forme très différentes. A droite, amas de cellules épidermiques.

substance corticale (fig. 62). Cependant dans ce cas (dans le favus) ils ne paraissent pas arriver très haut.

Depuis la première description très exacte de l'achorion par Gruby (1841), beaucoup d'auteurs ont cherché à éclairer l'histoire naturelle

---

dier les spores contenues dans l'épaisseur des cheveux ; pour les éléments du godet, le violet a paru préférable ; il met bien en relief les contours des tubes, leurs cloisons et leurs articulations ; il teint fortement le noyau des gonidies et respecte leur enveloppe, qui reste incolore et brillante. Il est alors facile d'apprécier l'extrême diversité de formes des gonidies, de suivre leur segmentation et leur développement. On voit ainsi que le contenu des tubes se compose de gonidies nucléées parfaitement développées, de noyaux sans gaine, enfin de granulations plus ou moins fines qui retiennent fortement la couleur bleue. La plupart des tubes qui paraissent vides dans les préparations non colorées con-

de ce parasite, mais comme je vous l'ai déjà dit, on n'a pas réussi jusqu'à présent par voie directe, c'est-à-dire par la culture du champignon du favus (1).

La voie indirecte — pour chercher à obtenir la production du favus (Pick, Zürn, chez des lapins) par semence sur la peau des champignons de moisissure — n'a pas non plus conduit à des résultats décisifs. Mais la démonstration directe de la transmissibilité du champignon favique, et du même coup de la teigne faveuse, a été faite à plusieurs reprises, depuis la première expérience que Remak a décrite sur ce sujet (1842), par Bennett, Bazin, Gudden, Hebra, Köbner, Pick, Peyritsch, Grawitz, etc., et cela par des inoculations de l'homme à l'homme, de celui-ci aux animaux et réciproquement, ainsi que dans ces derniers temps par ensemencement de cultures pures de favus, P. Grawitz (2).

---

tiennent ces granulations répandues comme une fine poussière dans leur cavité (Balzer).

Nous avons en vain cherché, et incité nos collaborateurs à chercher, un colorant *électif* qui puisse être utilisé en pratique pour spécifier chaque espèce de parasite; l'insuccès de nos recherches ne nous a pas fait abandonner l'idée que nous considérons comme utile à poursuivre. A. Neisser — Ueber Lichen ruber acuminatus, Pityriasis rubra (Hebra), Favus, Mycosis fungoïdes; nach einem in der *Medicinischen Section der Schles. Gesellschaft für Vaterl. Cultur gehaltenen Vortrage*, 1890 — indique un procédé fort simple qui permet de distinguer aussi de tout petits foyers faviques isolés ou des foyers analogues qui, situés sous des croûtes d'eczéma, sont très difficiles à reconnaître. En humectant avec de l'alcool, il se produit une coloration jaune foncé si intense que toujours on peut distinguer les masses de favus de dépôts croûteux, desséchés, ayant la même coloration. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) On peut les rencontrer à 3 ou 4 centimètres au-dessus du point d'implantation du cheveu. E. B. — A. D.

(2) Les premières cultures *pures* — c'est-à-dire probantes — de l'achorion ont été faites par E. Duclaux, Sur le trichophyton tonsurant — *Comptes rendus hebdom. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 1886, p. 14; Cf. : Feulard, Teignes et Teigneux — *Thèse de Paris*, 1886, p. 96.

Antérieurement, P. Gravitz — Beiträge zur systemat. Botanik der pflanzlichen Parasiten mit experiment. Untersuch. ü. d. durch sie bedingten Krankheiten. *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. und f. klin. Medicin.* 1877, T. LXX, p. 546; Ueber Schimmelvegetationen im thierischen Organismus, *Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med.*, 1880, T. LXXXI, p. 355; Die Anpassungstheorie d. Schimmelpilze u. d. Kritik d. Kaiserl. Gesundheitsamtes, 1881, T. XVIII, pp. 657, 677; et *Semaine médicale*, 15 janv. 1886 — avait, dans toutes ses cultures, fait des confusions qu'il a reconnues lui-même. Mais, dans le travail de 1886, tout en déclarant que l'achorion et le trychophyton étaient bien

Par conséquent, il est certain que la cause du favus se trouve dans le champignon, les autres conditions jouant seulement un rôle accessoire.

La jeunesse paraît surtout prédisposée au favus, on l'observe en général depuis l'enfance jusqu'à l'âge de vingt à trente ans (1).

En Autriche, cette maladie est assez rare, elle est fréquente en Pologne et en France (2); on dit que, dans le département de l'Hérault, en 1864, le favus était encore répandu au point qu'on trouvait vingt faviques sur mille individus, tandis que chez nous on en comptait à peine deux sur mille personnes atteintes de maladies de la peau (3).

C'est surtout par contagion directe que le favus se développe d'un

---

des parasites *distincts*, cet auteur distingué croyait encore trouver des ressemblances assez étroites, soit dans les caractères macroscopiques des cultures, soit dans leurs caractères microscopiques, pour que leur distinction, à l'œil nu et au microscope, ne fût pas toujours « facile ».

Enfin, dans un travail qui clôt le débat — Rech. s. la morphologie et la biologie du trichophyton tonsurant et de l'achorion Schœnleinii, *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1887, n° 8, p. 369 — Dm. Verujski, faisant ses recherches dans le laboratoire de Duclaux, explique les conclusions de Gravitz « par ce qu'aucun des champignons cultivés par lui ne l'avait été dans son milieu le plus favorable, et que c'est sous leurs *formes de souffrance* qu'ils se ressemblaient entre eux ».

En résumé, les cultures, régulièrement faites, établissent nettement que, dans le laboratoire aussi bien qu'au lit du malade, le favus et le trichophyton peuvent être parfaitement différenciés; *enfin, elles permettent encore de faire la distinction dans quelques cas cliniquement douteux chez l'homme, et où l'examen microscopique des cheveux, des squames, etc., reste ambigu.*

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Voy. plus haut, note 1, page 770 et, plus bas, note 1, page 782.
E. B. — A. D.

(2) Nous aurions été heureux de trouver dans le texte courant quelques renseignements sur l'état actuel du favus en « Pologne »; mais nous pouvons affirmer qu'en France, le mouvement de décroissance, déjà commencé depuis longtemps, s'accentue de plus en plus, et que la diminution peut être évaluée à une moitié, si l'on remonte à vingt-cinq années en arrière. Cf. : E.-J. Bergeron — *Etude sur la géographie et la prophylaxie des teignes*, Paris, 1865; Chervin — *Ann. de Démographie internationale*, 1880, p. 727; H. Feulard, Teignes et teigneux — *Thèse de Paris*, 1886, p. 189 et suiv. E. B. — A. D.

(3) Ce n'est pas vingt *faviques*, mais vingt « *teigneux* » de tout ordre dont il s'agit; et ce n'est pas 20 teigneux par 1000 habitants, mais 20 conscrits exemptés sur 1000, pour toutes causes d'alopécie réunies. Dans le département le plus chargé, après l'Hérault, pour cette période, la proportion s'abaisse à 8 p. 1000.

individu à un autre. Il est dans ce cas nécessaire, comme nous l'ont appris les expérimentations, que le champignon arrive sur une couche macérée de l'épiderme, ou peut-être même dans un follicule pileux.

La contagion peut aussi avoir lieu des animaux à l'homme, car on a observé le favus sur la souris, le lapin, le chien, les poules et le chat, et on a démontré, en partie expérimentalement, la contagion de ces animaux à l'homme, et réciproquement (1).

On ne sait jusqu'à présent comment expliquer l'origine du favus, qui se développe sous l'influence des fomentations ou en dehors de cette cause, pour ainsi dire spontanément (2).

Il est digne de remarque que le favus n'est pas en général très contagieux, bien que les éléments parasitaires se trouvent en quantité considérable à l'état libre chez les malades. C'est ainsi seulement qu'il est

---

De 1850 à 1869, dans la période à laquelle l'auteur fait allusion, les proportions exactes de réforme, toujours *non pas seulement pour le favus*, *mais pour toutes les alopécies réunies*, ont été les suivantes :

24	départements ont	donné de	1 à 3	p. 1000.
32	—	—	3 à 5	—
19	—	—	5 à 7	—
10	—	—	7 à 9	—
4	—	—	12 à 18	—

Ces documents sont spéciaux à une catégorie de sujets examinés à un âge déterminé ; ils ne peuvent être comparés à des documents recueillis dans une statistique nosocomiale ; ils n'ont qu'une valeur brute, s'appliquant aux « teignes » en masse, et non au favus inclusivement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le favus se transmet des animaux à l'homme — Voy. *Mém. et Comptes rend. de la Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 1872, pp. 124, 126, 136, 161, 162 —de l'homme aux animaux, et de l'homme à l'homme.

Des animaux à l'homme, la source la plus habituelle est, primitivement, le rat ou la souris et, plus immédiatement, le chat, le chien ratier, plus rarement le lapin ou les oiseaux de la basse-cour. Sur l'ensemble de la question, voyez L.-G. NEUMANN — *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*, Paris, 1888.

Le plus souvent le favus se communique *d'un jeune sujet à un autre ;* dans toute la série animale, le *jeune âge* est une condition presque essentielle. Les exceptions ne s'observent que dans des conditions particulières, accidentelles, tenant à des circonstances spéciales de contact ou d'état individuel. E. B. — A. D.

(2) Il est superflu de dire qu'il n'y a pas de favus « *spontané* » ; quant aux « fomentations » qui ont *causé* le favus, c'est que les compresses avec lesquelles elles étaient faites en avaient reçu, et recélaient du favus. E. B. — A. D.

possible de comprendre que l'affection puisse, pendant des années, rester circonscrite, chez un sujet, sur un point très limité, ou qu'un individu atteint de favus puisse vivre pendant plusieurs années dans une famille, un soldat avec ses camarades à la caserne, sans transmettre sa maladie, tandis que l'on sait avec quelle rapidité se communique une autre dermatomycose, l'herpès tonsurant. Cela tient sans doute aux conditions particulières de végétation du champignon du favus. Dans notre cas de favus généralisé cité plus haut, on pouvait aussi sur les points de la peau, indemnes de godets, recueillir des éléments parasitaires sur la surface épidermique (1).

Le diagnostic de cette affection est facile, dès qu'apparaissent les godets caractéristiques ou les masses jaune soufre ; en même temps, l'aspect terne des cheveux, les cicatrices étendues et les plaques dépilées complètent le tableau morbide.

Le diagnostic est au contraire difficile, si, comme dans un favus ancien, les masses faviques sont composées de matières semblables à du mortier ou à de la craie et sont mélangées à des squames et à des croûtes melliformes. Il y a lieu dans ce cas de faire le diagnostic différentiel d'avec l'eczéma, la séborrhée, le psoriasis et le lupus érythémateux. Il faut examiner avec soin les phénomènes propres aux processus que je viens d'énumérer, ainsi que l'état des autres régions du corps, comparativement à ceux du favus. Mais il n'est possible d'arriver à un diagnostic positif dans les cas douteux que par l'examen microscopique, par la constatation du parasite dans les amas déposés sur la peau ;

---

(1) Les paradoxes de contagiosité sont moins communs dans le favus que dans la pelade, mais ils sont beaucoup plus fréquents dans le favus que dans la trichophytie. L'auteur a raison de faire remarquer que certains sujets sont réfractaires à la contagion favique. Nous ne comptons plus aujourd'hui, tant nous les avons relevés de fois, les cas dans lesquels un sujet sain a partagé la vie de tous les jours, et fait *lit commun,* dans les conditions de promiscuité la plus misérable, avec un sujet atteint de favus, *sans devenir lui-même favique.* Un auteur, d'esprit paradoxal, qui voudrait soutenir que le favus n'est pas contagieux, pourrait réunir, pour sa thèse, une belle collection de *faits négatifs.*

Nous manquons rarement, dans nos cliniques, l'occasion de faire remarquer l'étonnante integrité d'îlots de cuir chevelu, cernés de toutes parts par le favus voisin, en permanence couverts de poussière favique, non moins que la rareté de l'onychomycose favique, bien que l'on puisse faire, en permanence, une grosse récolte de favus dans la crasse qui remplit le sillon unguéopulpaire chez la majorité des sujets atteints de favus. Il n'y a, en toutes ces choses, rien d'extraordinaire pour ceux qui ont étudié d'une manière suffisante la série complète des maladies parasitaires. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

alors seulement on est certain que l'affection est constituée par un favus, mais si on les trouve seulement dans les cheveux (1) et les gaines de la racine, cela pourrait être aussi un herpès tonsurant. Mais une telle erreur n'aurait pratiquement aucune importance (2).

---

(1) (2) Avant d'ajouter les détails complémentaires indispensables sur le diagnostic différentiel du favus, nous nous inscrivons contre cette proposition de l'auteur que la confusion d'un favus avec un « herpès tonsurant » n'aurait aucune importance pratique. Non seulement le traitement n'est pas le même dans les deux cas, mais le pronostic de durée et de contagiosité diffère essentiellement.

I. — *Favus du cuir chevelu.* Dans ses formes et dans ses variétés typiques, quand le godet, même déformé, est présent, le diagnostic extemporané du favus ne présente aucune difficulté, mais il en offre, au contraire, de très grandes dans les cas où il est atypique, sans godet, et où il revêt l'*aspect* d'une série d'autres affections.

Dans la plupart des cas, il est vrai, l'odeur spéciale, les cheveux lanugineux, venant par pinceaux à la moindre traction avec leurs gaines infiltrées et vitreuses, l'ancienneté de la maladie, etc., suffiront au moins à mettre sur la voie; mais il est toujours prudent de faire le *contrôle histologique*, et il sera quelquefois nécessaire de *recourir aux cultures.*

Les diverses affections avec lesquelles le favus, selon ses formes et ses périodes, peut le plus souvent être confondu sont : la *pelade*, le *lupus érythémateux*, les *alopécies cicatricielles*, l'*atrichie congénitale* et les *alopécies trichomaniaques*, la *séborrhée pityriasiforme*, ou *psoriasiforme*, le *psoriasis*, l'*eczéma*, l'*impétigo*, etc., etc.

a.) La *Pelade*. Voy. T. II, p. 178.

b.) Le *Lupus érythématheux.* Voy. T. II, p. 277; et nos pièces du Musée de Saint-Louis, nos 615, 745, 995, 584, 799.

c.) Les *Alopécies cicatricielles*, *acnés pilaires cicatricielles dépilantes.* Voy. T. I, p. 778 et suiv., et les *alopécies pseudo-cicatricielles, atrophiques, irritatives; alopécies cicatricielles.* T. II, p. 480 et suiv.

d.) L'*atrichie congénitale* et les *alopécies trichomaniaques.* Voy. T. II, p. 170, 171, note 1.

e.) Les *trichorrexies, trichoclasies, trichomycoses*, etc. Voy. T. II, p. 225, 227 et suiv., note 1.

f.) *Eczéma; impétigo; phthiriase; séborrhée; psoriasis*, etc.

L'*eczéma* avec ses bords plus ou moins bien figurés, ses croûtes à odeur non favique, ses lésions périauriculaires; l'*impétigo* avec ses concrétions melliformes; la *phthiriase* avec ses lésions polymorphes, et ses lentes attachées aux cheveux, à défaut des poux vivants; les *séborrhées pityriasiformes*, et même le *psoriasis*, peuvent le plus habituellement être reconnus à leurs caractères propres. Toutefois, comme toutes ces lésions peuvent *coexister* avec le favus, ou *être simulées* par celles qu'il

Le pronostic du favus est favorable, puisque, dans sa marche régulière, il n'amène tout au plus avec lui que des modifications locales de tissu et qu'il n'occasionne aucun trouble ultérieur de l'organisme et disparaît même spontanément à un âge plus avancé (1).

---

détermine lui-même, il est de règle, dans tous les cas d'affection du cuir chevelu déjà *anciens*, existant chez des jeunes sujets, surtout s'ils viennent de la campagne — favus, *teigne rurale* — de *réserver* son jugement. Il faut se rendre compte de l'odeur; chercher les godets à la base des poils et à la circonférence des placards; avoir recours au procédé de Neisser — note 1, p. 778; faire couper les cheveux, nettoyer à fond la tête; constater le degré d'adhérence des poils, en faire l'examen histologique, et si on ne le peut, surveiller attentivement ce qui se produit sur le cuir chevelu dans les semaines qui suivent le nettoyage complet de la tête par les moyens appropriés — Voy. note 1, page 787.

Ces propositions s'appliquent non pas seulement aux quelques affections que nous venons d'indiquer, mais encore à la totalité des affections *quelconques* que l'on peut rencontrer sur le cuir chevelu. Dans toutes celles qui sont rebelles, qui existent depuis longtemps, et chez tous les enfants, comme règle sans exception, l'examen histologique du cheveu, des squames, doit être *de rigueur*.

II. — *Favus des régions pilaires autres que le cuir chevelu.* Le favus des régions pilaires autres que le cuir chevelu est rare; nous l'avons cependant observé dans la barbe chez l'homme, isolément, sans coexistence de favus dans le cuir chevelu, sous ses trois formes; *érythémateuse circinée*, *pityriasique*, et *avec favi;* il y a lieu de l'évoquer, et de le rechercher dans toutes les affections ambiguës — fréquentes — que l'on peut rencontrer en ces régions.

III. — *Sur les régions glabres*, le favus peut également exister sous ses diverses formes: godets typiques, érythème simple ou squamulaire, du type de l'érythème trichophytique; mais il est très rare que l'on ne trouve pas, sur quelque point de la plaque, un godet microscopique miliaire; l'examen doit être fait à la loupe.

IV. — *Favus des ongles.* Le favus des ongles, — Voy. note 2, p. 774 et suiv. — partiel sous forme de taches de maïs, ou total — onychomycose favique complète — peut être aisément deviné quand le sujet présente en même temps du favus du cuir chevelu; mais si le favus de la tête est guéri ou s'il n'existe pas, il n'y a pas d'autre moyen de faire la preuve diagnostique que l'examen histologique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Ce jugement favorable s'applique, bien entendu, au favus considéré *comme maladie pouvant nuire à l'organisme;* il ne doit pas être pris à la lettre au point de vue des *altérations locales.* Si le favus est traité rapidement d'une manière judicieuse, assurément l'affection n'est pas importante; mais s'il dure déjà depuis plusieurs années, s'il a eu une marche rapide, ainsi que l'on observe souvent chez les jeunes sujets, il a pu produire une alopécie cicatricielle (par conséquent définitive)

Le traitement du favus du cuir chevelu présente de grandes difficultés, et de tout temps il s'est trouvé des personnes étrangères à la médecine, et même des médecins, qui ont prétendu posséder l'art de guérir « la teigne », comme une espèce de secret lucratif; tels les frères Mahon, par exemple, qui, à une certaine époque, avaient obtenu le privilège de traiter les teigneux de tous les grands hôpitaux de Paris et de plusieurs autres villes de France, d'après leur « méthode » qu'ils disaient ne pouvoir « divulguer » pour raisons de famille.

Il est évident qu'il est toujours facile d'enlever les masses faviques; mais la maladie se reproduit, comme nous le savons aujourd'hui, parce que le champignon repousse des follicules. Bien qu'on ignorât autrefois cette circonstance, on avait cependant observé que là où les cheveux avaient été détruits spontanément, le favus ne se reproduisait pas et que de plus, il tombait de lui-même. Cette constatation menait immédiatement à l'idée d'avulser les cheveux, et, dans ce but, on eut généralement recours autrefois (comme aujourd'hui encore en quelques endroits), au procédé « de la calotte » (*Pechkappe*). On enduisait de poix tout l'intérieur d'une calotte de cuir, on la plaçait sur la tête et on l'arrachait ensuite par une traction brusque. On entraînait ainsi les cheveux peu adhérents, mais non les autres, ce qui donnait par conséquent un résultat incomplet. Aux frères Mahon revient le mérite d'avoir montré que cette pratique brutale de la calotte est inutile.

La connaissance exacte de la nature du favus a rendu son traitement plus simple et plus rationnel.

Avant tout, il faut détacher les godets et les masses faviques, ce qui se fait exactement comme pour les dépôts de croûtes et de squames que l'on trouve dans l'eczéma ou le psoriasis. On les ramollit par l'application d'une quantité suffisante d'huile, d'huile de foie de morue avec ou sans addition de baume du Pérou, de glycérine, d'acide phénique, de naphtol, etc.; on les enlève ensuite avec le doigt ou avec une spatule, et on lave complètement les autres parties avec de l'alcool de savon. Douze à vingt-quatre heures suffisent pour cette première partie du traitement. Si l'on voulait à ce moment abandonner la maladie à elle-

---

plus ou moins étendue, et donner lieu secondairement, à des adénopathies de voisinage. Le pronostic du favus est, à ce point de vue, tout à fait différent de celui de la teigne tondante, laquelle ne produit jamais d'alopécie définitive, et de la pelade, qui n'en laisse pas davantage dans ses formes parasitaires communes.

Le pronostic de *durée* a une importance spéciale en présence de la difficulté de l'éradication complète du favus. Enfin, l'onychomycose favique est absolument rebelle, et quand elle est complète et prolongée, elle entraîne l'alopécie unguéale. E. B. — A. D.

même, on verrait, au bout de peu de jours, survenir de minces pellicules, comme dans l'eczéma squameux, et quinze jours ou trois semaines plus tard il se produirait certainement, en un point quelconque, des godets de favus autour des cheveux, par suite de la propagation des champignons restés dans beaucoup de follicules, dans les gaines de la racine et les poils (1).

La seconde partie du traitement consiste à enlever les cheveux eux-mêmes envahis par les champignons, ainsi qu'à détruire par un moyen quelconque les éléments parasitaires qui se trouvent dans les gaines de la racine restées à l'intérieur des follicules. Ce résultat est toutefois difficile à atteindre, et on n'y parvient jamais qu'avec beaucoup de soin et beaucoup de temps. Depuis qu'on a renoncé à la calotte, on a proposé de provoquer l'inflammation du cuir chevelu à l'aide de frictions d'huile

---

(1) *Traitement du favus sordide; traitement préparatoire :* Le traitement préparatoire du favus peut être réglé très simplement par les pratiques suivantes :

I. — Couper, d'aussi près que l'on peut, aux ciseaux, tous les cheveux qui dépassent, ou qui débordent les groupes faviques.

II. — Couvrir pendant deux ou trois heures toute la tête avec un mélange à parties égales de savon mou de potasse et d'axonge; faire ensuite, avec de l'eau chaude, un lavage de toute la surface; si l'on possède une petite douche en pluie, à la manière de celle qui fonctionne aujourd'hui chez les coiffeurs, cette opération peut s'exécuter avec une grande précision. La journée ayant été occupée à ces pratiques, on fait, durant la nuit, un enveloppement humide sur toute la tête, recouvert d'une toile imperméable.

III. — Au commencement de la deuxième journée, toute la masse favique, désagrégée ou détachée, peut être retirée à l'aide des lavages et de la douche.

IV. — Cela fait, la tête est lavée antiseptiquement avec une solution d'acide borique à 25 p. 1000, soit à l'aide de l'ouate hydrophile, soit par la douche pulvérisée; puis, tout ayant été bien abstergé, et les cheveux entièrement tondus, on applique, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, des compresses aseptiques de *lint* boriqué, imprégnées d'une solution de salicylate de soude à 25 p. 1000, additionnée de 10 grammes de bicarbonate de soude, ou de toute autre substance antiseptique, on recouvre avec un bonnet imperméable.

V. — Au bout de très peu de jours, la tête est absolument déblayée, quelquefois en apparence revenue presque à l'état normal; il est alors aisé de déterminer exactement, l'étendue des parties malades, de distinguer les surfaces restées saines, et celles dans lesquelles les follicules pileux ont disparu sans retour. Ce véritable bilan doit être communiqué aux *intéressés*, à qui il faut donner avis de ce qui est irrémédiable, et de ce qui peut être guéri. Ernest Besnier. — A. Doyon.

de croton (1), de térébenthine, de créosote, d'huiles éthérées, etc., dans l'espoir que l'exsudation et la suppuration se produiraient dans les follicules et qu'on obtiendrait ainsi l'expulsion des cheveux et des gaines de la racine contenant des champignons. Mais on atteignait par ce procédé tout à la fois les follicules sains et les follicules malades, et souvent même, on n'atteignait pas tous les follicules malades. Cette méthode, du reste, exige en outre un traitement consécutif des parties épargnées par l'inflammation, elle n'offre pas de certitude et n'abrège pas la durée du traitement, abstraction faite de la douleur et du danger possible des inflammations de l'aponévrose occipito-frontale qu'on a ainsi provoquées.

Aussi l'épilation régulière constitue-t-elle le seul traitement rationnel; suivant la méthode de Bazin, elle est confiée aux soins d'infirmiers expérimentés qui arrachent sans distinction, au moyen d'une pince appropriée, et en plusieurs séances, tous les cheveux sains ou malades de la région atteinte, après les avoir préalablement coupés ras (2). On voit que, avec cette méthode pénible et douloureuse pour les malades, le traitement dure longtemps, parce qu'il est nécessaire d'avoir recours à des lotions et à des épilations consécutives (3). C'est pour cela que nous employons à Vienne une méthode de traitement beaucoup plus simple. Nous épilons chaque jour dans le favus, nous enlevons les cheveux que l'on a eu soin de ne pas couper courts, en les saisissant entre le pouce et le rebord mousse d'une spatule linguale. Par ce procédé, on arrache les cheveux malades, c'est-à-dire ceux qui ne sont plus

---

(1) Ce procédé, et les suivants, que l'auteur condamne justement, doivent être sévèrement *blâmés;* plusieurs sujets ainsi traités perdent définitivement un grand nombre de cheveux qu'ils auraient, sans cela, conservés. D'une manière générale, l'huile de croton employée pure sur le cuir chevelu doit être absolument abandonnée; les folliculites intenses qu'elle détermine fréquemment sont un cause d'alopécie définitive. E. B. — A. D.

(2) Cette méthode est en effet défectueuse ; mais pourquoi la rappeler encore, au lieu d'indiquer la médication régularisée, et rationnelle, que nous avons décrite, et proposée à cette même place, il y a dix ans, dans les notes de la 1re *édition* de cette *traduction*. — Voy. plus loin *Appendice des Traducteurs*, page 790 et suiv.
E. B. — A. D.

(3) La douleur de l'épilation régularisée, relativement peu considérable, peut être atténuée par l'anesthésie localisée ; le traitement dont elle fait partie ne dure pas plus longtemps qu'aucun autre, et les épilations « consécutives » font partie de *tous* les traitements où l'on épile.
E. B. — A. D.

adhérents, tandis que ceux qui sont sains restent en place (1). Cette méthode n'est nullement douloureuse. En outre, on prescrit chaque jour des lotions avec l'alcool de savon de potasse, des douches, et après avoir essuyé le cuir chevelu, on fait des badigeonnages avec des huiles alcooliques éthérées, balsamiques, ou encore avec du goudron. On sait en effet que ces substances ont la propriété de détruire les champignons (2) et que, grâce à leur fluidité, elles peuvent pénétrer dans les follicules entr'ouverts et débarrassés de leurs cheveux. Nous employons donc : la teinture de hêtre, l'acide phénique, salicylique, la créosote, la benzine, 1 sur 150 d'alcool, l'huile additionnée de naphtol (1 p. 100), le pétrole, le baume du Pérou, le chloroforme, l'éther, le sublimé 0,5 sur 100 d'alcool, ou d'eau, l'huile de caryophillées, de macis, etc., ou bien des pommades, de l'huile, de l'ichthyol, de la lanoline avec le précipité blanc, le goudron, l'acide phénique, le naphtol, l'acide salicylique, ou encore des pâtes de soufre, d'alcool et de goudron.

Ces trois méthodes de traitement : lotions savonneuses, épilation et application de l'un des parasiticides que je viens de nommer, en alternant ces derniers, sont employés chaque jour de la même manière.

Dans les follicules épilés, les cheveux croissent ensuite très rapidement, puisque les papilles n'ont disparu que dans les points où il existe des cicatrices. Si l'on constate que, après un traitement de six semaines à trois mois, les cheveux sont tous très adhérents, on cesse toute espèce de médication, même les lavages, parce qu'il importe de s'assurer si le favus est réellement guéri. Si des débris de champignons étaient encore restés dans quelques follicules, on verrait apparaître de nouveaux godets dans l'espace de quinze jours à trois semaines. On les traiterait alors directement d'une manière plus énergique, en épilant avec la pince les cheveux malades et par l'application de parasiticides, de pâtes sulfureuses, du goudron, etc. (3).

---

(1) La méthode, encore employée à Vienne, n'est autre que l'ancien procédé Mahon, depuis longtemps abandonné à cause de son *insuffisance;* l'auteur va le reconnaître lui-même quelques lignes plus bas en disant : « Si des débris de champignons étaient encore restés dans quelques follicules, on verrait apparaître de nouveaux godets dans l'espace de quinze jours à trois semaines. *On les traiterait alors d'une manière plus énergique en épilant avec la pince les cheveux malades* ». E. B. — A. D.

(2) Cette proposition n'est malheureusement pas fondée. E.B.—A.D.

(3) Dans les pages qu'il a consacrées au traitement du favus, l'auteur a présenté une série de moyens thérapeutiques qu'il y a lieu de donner plus précis, et avec méthode, en même temps qu'il est indispensable d'en indiquer d'autres, auxquels est consacré l'*appendice* ci-contre :

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Traitement méthodique du favus

I

Traitement mécanique

But; raison d'être; valeur; procédé d'application.

Le traitement méthodique du favus comprend deux ordres de moyens entièrement distincts qui doivent être mis chacun à leur place et à leur rang : les uns sont purement *mécaniques;* les autres sont *médicamenteux*, topiques.

Quand on a terminé le *traitement préparatoire* du favus sordide — voy. plus haut *note* 1, p. 787 — traitement en même temps mécanique et médicamenteux; quand le cuir chevelu a été non seulement nettoyé, débarrassé de tous les favi et de tous les produits sordides; quand les cheveux ont été coupés sur toute la tête, absolument à ras; quand toute trace d'épidermite ou de dermite aiguë a cessé, ce qui s'obtient très rapidement si l'on exécute les prescriptions que nous avons données; au bout de peu de jours, les cheveux ont assez repoussé pour que l'on puisse les saisir à la pince et commencer la partie essentielle du traitement — qui consiste à *avulser* le parasite avec le soin le plus minutieux. Cette avulsion, *principe capital du traitement de toutes les affections parasitaires*, est surtout indispensable dans le traitement du favus. Ce n'est pas à elle seule que nous bornons — comme on l'a dit à tort — tout le traitement, mais elle constitue la seconde phase de la médication efficace, et la meilleure *pour préparer le terrain aux tentatives parasiticides, aux essais de stérilisation* du terrain.

Voilà qui est entendu : Dans une *première phase* du traitement — — voy. plus haut note 1, p. 787 — nous avons *avulsé* l'énorme masse du parasite sus-épidermique, et la presque totalité des éléments mycosiques occupant les *infundibula*, en même temps que nous avons appliqué des substances capables de stériliser le terrain à l'égard des éléments microbiens adventices, et particulièrement des staphylocoques pyogènes.

Dans la seconde phase, nous nous proposons d'avulser tout ce que nous pourrons du favus INTERNÉ dans les follicules, *c'est-à-dire la presque totalité du favus en acte, par l'extraction des poils faviques.* Plus cette partie du traitement sera exécutée avec soin, plus la part faite aux médications anti-mycosiques sera *facilitée.*

Voici en quoi consiste l'avulsion des cheveux faviques — épilation — et ce que l'épileur doit faire :

a.) *Premier temps de l'épilation.* — L'épileur enlève d'abord (cela est fort peu douloureux) les cheveux qui viennent sans difficulté, puis ceux qui, sur la plaque malade elle-même, résistent davantage. Quelque soin qu'il y mette, un grand nombre de ces cheveux cassent au niveau de la peau ou un peu au-dessus. Que l'on examine, à la loupe, la plaque de favus la mieux épilée, et l'on en acquerra vite la preuve.

b.) Second temps de l'épilation. — Le second temps consiste à épiler, à partir des bords de la plaque favique, les cheveux supposés sains dans l'étendue de un centimètre environ. Un grand nombre de ces cheveux, *supposés sains*, cassent encore à la pince, et *l'épileur ne doit s'arrêter que quand il rencontre des points où l'épilation peut se faire normalement*, c'est-à-dire sans casser les cheveux. On doit donc avulser non seulement tous les cheveux malades, mais encore une étroite portion alentour. Avec un peu d'habileté et de patience, tout cela n'est ni difficile, ni cruel.

Ainsi donc, ce second temps du *traitement mécanique* du favus consiste à enlever à la pince tous les cheveux altérés, et à faire, autour de chaque îlot altéré, une *zone de surveillance et de protection* en épilant une surface d'un centimètre environ, zone que le favus n'enfreint jamais, si la surveillance et l'épilation sont faites convenablement. Cela est notre méthode propre, non seulement pour le favus, mais pour toutes les affections parasitaires des poils. Nous l'avons instituée pour la pelade, et nous la maintiendrons pour la trichophytie comme la méthode rationnelle, la seule base solide du traitement radical, rapide, et la meilleure préparation aux médications théoriques.

Les premières épilations, les seules qui soient vraiment pénibles, peuvent être facilitées par quelques applications préalables de l'ordre des substances dites épilatoires ; quelques frictions *préalables* avec de l'huile de cade phéniquée à 2 pour 50, ou cocaïnée aux mêmes doses, atténuent considérablement la douleur de l'épilation, laquelle, dans notre méthode, on voudra bien se le rappeler, N'EST PAS appliquée à toute la tête, mais seulement aux parties malades, et à une zone périphérique de un demi-centimètre autour des îlots faviques, zone de surveillance et protection. Si l'on veut l'insensibilité absolue, on peut l'obtenir sans peine avec des pulvérisations d'éther simple ou méthylé, ou des applications de chlorure de méthyle au pinceau, etc.

L'irritation produite par l'épilation, généralement très légère — miliaire d'épilation — est aisément calmée par des fomentations avec des solutions de salicylate de soude à 20 p. 1000 additionnée de 10 p. 1000 de bicarbonate de soude.

Les épilations sont *à renouveler*, aussitôt que, sur les îlots malades, reparaissent les poils de première repousse ; en faisant une courte séance toutes les semaines, la tête peut être tenue en état parfait de la manière la plus aisée. Les épilations deviennent inutiles quand la guérison est confirmée, c'est-à-dire quand il n'y a plus de rougeur à la base des poils, et quand on ne trouve plus, dans les produits de l'épilation, la moindre trace de favus, soit qu'on les examine au microscope, soit qu'on fasse des cultures.

II

Traitement topique

Applications antiparasitaires, parasiticides, stérilisantes.

Le traitement mécanique, tel que nous l'avons indiqué dans le paragraphe précédent, aidé de la propreté aseptique, et renouvelé autant de

temps que l'on trouve sur la tête des poils faviques, c'est-à-dire jusqu'à guérison parfaite, histologique, peut suffire à la guérison — nous en avons fait la preuve publique sur une série assez étendue pour qu'il ne puisse subsister aucun doute. Mais si nous avons dû, pendant un temps assez long, pour cette expérimentation, laisser de côté toutes les autres interventions, cela ne veut pas dire (comme on nous l'a fait dire) que telle est notre méthode exclusive du traitement du favus, et que cette méthode soit la meilleure. Loin de là! C'est avec une persévérance qui ne s'est pas lassée que nous avons mis en pratique toutes les médications connues, ou toutes celles qui nous ont été personnellement proposées. Cette pratique étendue nous a montré qu'aucune des médications topiques, *sans épilation*, n'avait la valeur qui leur est attribuée, et qu'il était toujours nécessaire de les faire précéder, toutes, ou accompagner, par le traitement mécanique. Aucune d'elles employée seule ne guérit le favus; mais la plupart d'entre elles, si elles lui sont associées, peuvent avoir une action utile; les unes, en combattant l'irritation dermo-épidermique causée par la germination favique; les autres, en favorisant la mue épithéliale, la *desquamation intra-folliculaire;* les autres en « détruisant » le parasite directement — opinion que nous ne partageons pas —; les autres, et c'est là où est, croyons-nous, la vérité, en rendant le terrain impropre à la germination favique, *en le stérilisant.*

A aucun titre, il n'existe pour le favus de parasiticide *spécifique :* un grand nombre de substances, absolument différentes, peuvent être utilisées, et utiles à l'un des titres que nous venons d'indiquer, souvent à plusieurs d'entre eux en même temps; les principales sont toujours les mêmes dans la série entière : le *mercure* sous toutes ses formes, le *soufre*, l'*iode*, le *sulfate de cuivre*, les *acides phénique, borique*, etc... Ce sont également celles qui sont indiquées par Vérujski — *loc. sup. cit.*, p. 290 — comme *favicides*, détruisant l'achorion *dans les tubes à culture : essence de thérébenthine*, *chloroforme*, *acide acétique*, *ammoniaque*, *teinture d'iode*, *essence de Wintergreen, sublimé*, *acide phénique*, *azotate d'argent*, *sulfate de cuivre*, *borax*, etc., etc.

Mais, alors que ces substances, à des doses infinitésimales, triomphent du favus *des cultures*, elles perdent leur action sur la tête humaine où le favus végète dans des conditions non pas seulement, comme on l'a dit, de reclusion profonde, mais bien d'*habitat humain* et d'aliment spécial, déjà très différentes de celles qui appartiennent aux *animaux*, et qui ne sont plus, en aucune façon, celles du tube à expérience.

Chez l'homme, aucune de ces substances, *employée seule à une dose compatible avec la vie des tissus*, *et la survivance de l'appareil pilaire*, n'est capable de guérir le favus, quels que soient le mode d'application et la forme physique adoptés; aucune d'elles n'agit qu'à des doses capables de *modifier les tissus* sur lesquels on les applique.

III

En fait, et pratiquement, quand la tête a été débarrassée du favus massif, et des agglomérats infundibulaires, par le traitement méthodique que nous avons indiqué comme mécaniquement préparatoire

— page 787 —; quand l'épilation méthodique — page 790 — a éliminé la plus grande partie du favus interné, le médecin a le champ libre pour appliquer tous les antiparasitaires théoriques, sans préjudice du renouvellement du traitement mécanique — avulsion des poils occupant les follicules envahis, jusqu'à guérison histologiquement établie.

Pendant toute la durée du traitement, nous faisons tenir les cheveux du sujet favique coupés ras *aux ciseaux* sur toute la tête, et maintenus ras par des coupes, réglées selon la rapidité de la repousse. Cette pratique permet, seule, la surveillance effective, et rend le traitement d'une extrême facilité.

Tous les soirs, *la tête entière* est frictionnée avec une pommade qui contient, au gré du médecin, l'une des substances théoriquement antifaviques, employées aux doses *tolérées*, c'est-à-dire à celles qui n'amènent pas d'irritation phlegmasique. La friction avec les graisses est le meilleur moyen pratique de faire pénétrer, dans le follicule, une substance médicamenteuse incorporée :

Voici l'une de nos formules :

Baume du Pérou ou huile de cade ou de bouleau blanc	2 à 5	grammes.
Acide salicylique, résorcine . . . . ââ	1 à 5	—
Soufre précipité.	5 à 15	—
Lanoline, vaseline, axonge. . . . . ââ	30	—

Tous les matins, la tête entière est lavée à l'eau *chaude*, avec un savon de goudron, de naphtol, d'ichthyol, etc., et, quand elle a été bien essuyée, on fait, sur toutes les surfaces faviques, circonscrites par les zones épilées, une friction à l'aide d'une boulette de coton imprégnée d'un liniment antiparasitaire, tel que :

Alcool à 90.	100	grammes
Acide acétique cristallisant	0.25 à 1	—
Acide borique.	2	—
Chloroforme	5	—

Enfin, le pansement du matin, pansement quotidien, est complété en appliquant sur toutes les surfaces faviques un morceau d'emplâtre de Vigo fin, de la dimension exacte des surfaces faviques cerclées par les zones d'épilation.

Cela dit, nous répétons, bien que nous l'ayons déjà dit à satiété, que vingt autres formules peuvent arriver au même but par des substances différentes. Ce que nous recommandons avant toute chose, c'est de ne pas croire qu'un favus se guérit avec une pommade ou une lotion ; c'est toujours un état pathologique *complexe* qui réclame *un ensemble de moyens* logiquement coordonné, et régulièrement suivi dans la direction que nous avons indiquée.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Deux ou plusieurs semaines sont de nouveau nécessaires pour la guérison ; en somme, le traitement du favus du cuir chevelu exige plusieurs mois (1).

Quant au favus des parties du corps dépourvues de poils, on peut le faire disparaître complètement par une application suffisante d'huile pour ramollir les masses faviques, et par des lotions savonneuses.

Pour le favus des ongles, il faut l'enlever lorsqu'il est circonscrit, ou en cas d'opacité diffuse de l'ongle, le détruire peu à peu par l'application de l'emplâtre hydrargyrique, d'une solution de sublimé pour 100 d'alcool, et en coupant l'ongle à partir du bord.

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON

Herpès tonsurant. — Ses différentes formes : herpès tonsurant du cuir chevelu, herpès tonsurant vésiculeux, squameux, maculeux (2). — Onychomycose. — Sycosis parasitaire. — Eczéma marginé. — Pityriasis versicolore. — Erythrasma.

HERPÈS TONSURANT

L'herpès tonsurant, *scheerende Flechte* (*common Ringworm* des Anglais), se manifeste suivant la région et selon le degré de développement, sous diverses formes, que l'on n'a pas toujours reconnues comme étant de même nature, et qui ont été, par conséquent, l'objet de nombreuses dénominations. Dans sa localisation sur le cuir chevelu, la

(1) De même que pour toutes les affections parasitaires, la durée du traitement dépend de l'époque de la maladie à laquelle le traitement est institué; de l'étendue du favus à ce moment; de l'âge du sujet; de la sévérité avec laquelle la médication est appliquée. Même dans nos services hospitaliers, il y a mille négligences, mille impédiments de détail qui prolongent la durée de l'affection. Nous pensons, avec Lailler, que l'on doit demander six mois pour la guérison d'un favus *étendu à une grande partie du cuir chevelu;* mais au bout de deux mois de traitement attentif, la situation est déjà améliorée au plus haut point; le traitement est très simplifié, le malade peut être restitué à l'école, et interné sans aucun danger de transmission. Dans aucun cas, le malade ne doit être déclaré guéri définitivement qu'après examen histologique, et dans le doute, après culture, et lorsqu'il a été revu plusieurs semaines après la première constatation de la guérison. Tous les points du cuir chevelu qui restent hyperhémiés et squameux, quelque limités qu'ils soient, doivent être examinés histologiquement et surveillés avec soin.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) ... (Pityriasis rosé de Gibert).

E. B. — A. D.

plus anciennnement connue, l'affection a été désignée par Willan, sous le nom de *porrigo scutulata* (1), par Mahon (1829) (2) sous celui de *teigne tondante*. Lorsque Cazenave (1840) (3) constata la présence de

---

(1) Le *porrigo scutulata* de Willan; *tinea tonsurans*, *common Ringworm of the scalp* (Ringworm, anneau — ver, ou vermiculaire) des Anglais, se rapporte manifestement à l' « herpès tonsurant », à la fois par le dessin de Willan, — Pl. XXXIX, 1817, — et même par quelques traits de la description, d'ailleurs très imparfaite, qu'il en a donné.

C'est notre trichophytie actuelle — trichophytie circinée de Hardy — que représente le *ringworm* vésiculeux, *herpes circinatus* de Bateman; on peut s'en assurer, aussi bien dans les parties de sa description relative à la peau, que dans celles qui le montrent sur le cuir chevelu. Enfin, l'assimilation est complétée par l'extension de la maladie dans les collèges, et par sa contagiosité qui ressort du tableau de Willan-Bateman. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) L'ouvrage de Mahon *jeune* — *Recherches sur le siège et la nature des teignes*, Paris, 1829 — si peu recommandable sous divers rapports, contient cependant un grand nombre d'observations d'un réel intérêt, malgré leur imperfection. La trichophytie du cuir chevelu y est clairement décrite sous le nom de teigne tondante (*squarus tondens*), et très exactement représentée; l'extension de la maladie sur la peau glabre s'y trouve indiquée; l'on y rapporte même une observation avec onychomycose, qui est distinguée de l'onychomycose favique.

E. B. — A D.

(3) Il est vraiment extraordinaire de constater qu'il faut arriver à l'année 1840, pour voir reconnaître l'identité, et commencer la vulgarisation de maladies, en fait, depuis longtemps connues, et dénommées : *porrigo scutulata* de Willan, *herpes circinatus* des jeunes sujets, de Bateman, *teigne tondante* de Mahon; et cela à l'aide d'un mot incorrect et d'une observation première défectueuse.

C'est le 29 avril 1840 que CAZENAVE, constatant une épidémie dans un collège de Paris, se servit, pour désigner l'affection qu'il observait, du mot impropre d' « herpès ».

Voici ses paroles textuelles :

« En examinant avec soin, je crus reconnaître les caractères de l'herpès circiné; c'était sa forme ronde, sa superficialité, son développement excentrique; c'était pour moi une des variétés de l'herpès que j'ai appelé *squameux*, dans lequel les vésicules, extrêmement ténues, se sèchent *immédiatement*, dans lequel il y a une desquamation centrale. Ce qui vient corroborer cette opinion, c'est que, quatre fois sur cinq, je rencontrai sur le front, sur le visage, sur le cou même, des plaques *analogues* qui permettaient de reconnaître les caractères évidents de l'herpès. » CAZENAVE — *Annales des maladies de la peau*, tome I[er], 1844, page 42.

Chose non moins curieuse, Cazenave ne reconnut pas d'emblée qu'il s'agissait d'une « teigne ». Voici la prescription qu'il formula, et qui fut purement une médication *interne :* les jeunes collégiens prirent pendant trois semaines des boissons amères, et deux cuillerées à bouche par

vésicules dans le processus, et par conséquent proposa de lui donner le nom d'herpès tonsurant, qui fut accepté plus tard aussi par Hebra, il devint immédiatement évident que l'herpès circiné de Bateman était identique avec ce processus (1). La découverte du champignon (appelé trichophyton tonsurant) dans les cheveux de la teigne, par Gruby et Malmsten (1844), parut justifier le nom de *trichomyces tonsurans* (Malmsten).

Aux formes de la maladie déjà décrites antérieurement (squames et vésicules), Hebra (1854) en a ajouté une nouvelle, la forme maculeuse, et après de nouvelles recherches il faut encore y joindre l'eczéma marginé du même auteur et le sycosis parasitaire de Bazin. La nosologie et la symptomatologie de l'herpès tonsurant démontrent que toutes les formes que je viens de vous indiquer ne sont que des variétés tenant au siège et à des complications, qui, toutes, sont occasionnées par un champignon identique, et constituent un seul et même processus, l'herpès tonsurant.

---

jour d'un sirop contenant : hyposulfite de soude, 1 gramme ; sirop de squine, 125.

Quant aux « vésicules », il n'en est pas question dans la description. Cazenave les admit virtuellement, et sans doute par analogie avec celles qu'il rencontrait sur des plaques simultanées de dermatophytie développées au visage, et surtout parce que la classification willanique l'exigeait.

Et cependant le mot *fit fortune* à ce point que le professeur Kaposi le conserve encore, malgré son incorrection absolue !

Nous l'avons déjà dit, il y a dix ans, à cette place et dans la *note* 1, p. 437, 438, 1re édit.

Cet « herpès » n'est pas de l'herpès; un grand nombre, le plus grand nombre des trichophyties ou des dermatotrichophyties évoluent sans mériter jamais le nom d'herpès, qui doit être aujourd'hui, en bonne nomenclature dermatologique, réservé à l'herpès vrai, dont le type est fourni par l'H. labial. Quant aux formes qui présentent un érythème assez intense pour se couronner de vésicules éphémères ou vivaces, le terme d'herpès ne leur est pas davantage applicable. Ce sont des dermites vésiculeuses parasitaires, dont la forme circinée est due à l'évolution des parasites, et non à une condition anatomique, ni anatomopathologique proprement dite.

Nous serons obligés, à plusieurs reprises, de revenir sur ce point, dont la rectification importe à la bonne tenue de la nomenclature dermatologique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cette identité était déjà surabondamment démontrée par les observations et par les expérimentations de Sam. Plumbe, ainsi que le professeur Kaposi l'expose lui-même dans son grand ouvrage. Voy. Hebra-Kaposi — trad. Doyon, tome II, page 825.

Avant tout, il faut faire attention à la différence des symptômes entre l'herpès tonsurant localisé au cuir chevelu, et celui qui a son siège sur la peau des parties glabres, différence qui repose principalement sur ce que, dans la première localisation, le trichophyton peut proliférer à l'intérieur des follicules pileux (1).

L'herpès (2) tonsurant du cuir chevelu forme des plaques alopéciques, dont l'étendue varie de celle d'une pièce d'un centime à celle d'une pièce de 5 francs en argent (3), lesquelles se manifestent comme des tonsures imparfaites, comme si on avait coupé les cheveux, d'une manière irrégulière, tout près de leur point d'émergence, car il reste des tronçons de cheveux plus ou moins longs. Les cheveux sont comme cassés (4). Il y a aussi des cheveux un peu plus longs qui se cassent

---

(1) Les altérations développées par le trichophyton se présentent sous des formes extrêmement différentes à tous égards, selon qu'on les observe : 1° sur le cuir chevelu; 2° dans les poils proprement dits et particulièrement dans la barbe; 3° sur la peau pourvue seulement de poils de duvet. — Voy. plus loin, *Appendice des Traducteurs*, p. 801. Dans les trois cas, le parasite occupe les couches cornées de l'épiderme et les poils, de quelque ordre qu'ils soient.

E. B. — A. D.

(2) Le terme d'*herpès*, appliqué aux altérations que le trichophyton détermine sur le cuir chevelu, est absolument à rejeter; il y a longtemps que le professeur Hardy a montré le vice de cette appellation, et a proposé, pour la remplacer, la très heureuse expression de trichophytie. Voy. HARDY — *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 161 et suiv. Vainement Bazin a objecté que tous les végétaux des teignes étaient trichophytes, car il suffit, pour éviter toute ambiguïté, de réserver le terme de trichophyton au champignon de Malmsten; cette objection, et d'autres encore moins sérieuses, représentent de pures querelles de mots, auxquelles il y a plus lieu de s'attarder. Le terme de trichophytie tondante ou tonsurante, ou de trichophytie du cuir chevelu, est absolument approprié; on chercherait en vain quelque raison plausible de perpétuer, en préférant le terme d'herpès, à la fois une erreur de fait, et une confusion indéfinie. E. B. — A. D.

(3) La dimension des plaques tricophytiques peut être beaucoup plus petite et beaucoup plus grande ; il n'y a même pas toujours de plaque à proprement parler, et on peut trouver un cheveu cassé à niveau, infiltré de trichophyton, absolument isolé au milieu de cheveux sains; on en trouve toujours un plus ou moins grand nombre (satellites), autour des grandes plaques. L'affection peut même être disséminée dans la presque totalité du cuir chevelu sous forme de cheveux atteints et cassés isolément, ou par petits groupes. E. B. — A. D.

(4) Les cheveux infiltrés sont littéralement cassés; leur friabilité est extrême, ils se rompent inévitablement sous la pression des mors de la pince à épiler le plus délicatement maniée ; ils sont ramollis, et n'offrent

quand on essaie de les arracher à leur point de sortie. Dans ces régions, le cuir chevelu paraît un peu tuméfié, uni, ou recouvert en grande partie de petites squames blanches ou jaune sale; parfois le rebord du disque est légèrement rouge, très rarement il est recouvert de petites vésicules (« herpès » de Cazenave), le plus souvent de croûtelles semblables à de la gomme (1). On trouve ces plaques au nombre d'une ou de plusieurs, de dimensions variables, et sur différentes parties de la tête. Elles atteignent une certaine étendue dans l'espace de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Au bout de quelques mois, de un, deux ou trois ans, le processus peut s'éteindre localement, parce que les cheveux qui repoussent et qui sont très adhérents deviennent de plus en plus nombreux, et qu'enfin la pousse des cheveux se fait d'une manière uniforme et durable. Il ne reste pas de calvitie cicatricielle étendue, lors même qu'il se trouve en quelques points un follicule pileux atrophié (2).

D'autres fois, le processus peut se développer sur tout le cuir chevelu, par l'extension et la confluence des foyers morbides. Il paraît alors recouvert dans sa totalité par une couche épaisse de squames épidermiques blanches et sèches. La maladie présente un aspect semblable à celui qu'on observe dans l'eczéma squameux, le pityriasis séborrhéique du cuir chevelu, le psoriasis de la même région, ou à celui du favus, une

---

aucune résistance à l'application exacte de la plaque de verre fin, avec laquelle on peut littéralement les aplatir sur le porte-objet; on les écrase entre les mors de la pince à épiler, caractère pathognomonique que nous avons depuis longtemps indiqué.

La prolifération trichophytique est à ce point luxuriante, que le poil en est littéralement farci et est augmenté de volume et foncé en couleur, et que le follicule en est rendu saillant. De là vient l'aspect de « barbe mal rasée » que présentent les tonsures trichophytiques, et qui est tout à fait pathognomonique.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Les « petites vésicules » sont si rares sur le cuir chevelu, qu'il ne faut pas s'attendre à les rencontrer; elles sont aussi rares que les « croûtelles semblables à de la gomme ».

Un peu de tuméfaction et d'érythème au début, en même temps que les lésions de grattage déterminées quelquefois par un prurit assez vif; rapidement un peu de tuméfaction; de la desquamation, des squames, voilà les seules altérations essentielles. Les phénomènes de *dermite* vésiculeuse, eczémateuse, impétigineuse, sycosique, sont tout accidentels et rares, sauf chez les très jeunes sujets, pour qui tout est occasion à épidermite catarrhale; dans la grande majorité des cas où nous les avons observés, tous ces accidents étaient dus aux traitements intempestifs mis en œuvre. E. B. — A. D.

(2) Une plaque trichophytique d'une certaine étendue a toujours une longue durée; on y voit, en même temps, des cheveux infiltrés et cassés,

fois qu'il a été nettoyé; elle n'offre, en un mot, rien de caractéristique. Toutefois, à un examen plus attentif, on voit çà et là des foyers un peu plus nettement marqués, à l'intérieur desquels les cheveux paraissent cassés courts. Dans d'autres cas, l'attention est attirée sur la nature du processus par la présence d'un cercle rouge, squameux, qui envahit la partie voisine, dépourvue de poils, du front, de la nuque. Que l'herpès tonsurant soit circonscrit à quelques points, ou étendu à tout le cuir chevelu, il peut toujours durer plusieurs années. A part un prurit modéré, cette maladie ne donne lieu à aucune sensation de malaise ; elle se termine toujours par la guérison, même lorsqu'elle a duré plusieurs années, et en ne laissant que quelques rares points chauves et de petites taches.

Sur la peau des régions glabres (1), au tronc, sur les membres et à la

---

des follets de repousse qui ne donneront pas ordinairement asile au parasite dont ils sont couverts, et quand la guérison se prépare, de nouveaux cheveux qui sont devenus impropres à la germination trichophytique. Quelque longue que soit l'évolution trichophytique, elle n'est pas indéfinie comme celle du favus ; sa guérison spontanée est constante ; nous ne connaissons pas d'alopécie définitive due au trichophyton, hormis les cas où l'application intempestive d'agents irritants (l'huile de croton, par exemple) a déterminé des altérations irréparables.

E. B. — A. D.

(1) Les altérations déterminées sur les parties glabres de la peau par le trichophyton ne méritent pas davantage que les précédentes le nom d'*herpès;* ce sont des lésions de l'ordre érythémateux, papuleuses, discoïdes, circinées, simples, squameuses ou vésiculeuses. La dénomination d'herpès doit être absolument abandonnée, même pour l'érythème trichophytique vésiculeux, lequel ne cesse pas plus d'être un érythème parasitaire dans ses formes diverses, que l'érythème multiforme ne cesse d'être un érythème dans sa polymorphie.

L'herpès *vrai* peut être annulaire, et c'est à lui que revient véritablement la dénomination d'*herpès circiné.* Quant aux lésions que le trichophyton détermine sur la peau vague, elles sont assez souvent vésiculeuses et circinées dans certaines régions, les membres supérieurs, par exemple ; mais elles sont, dans un grand nombre de cas, simplement érythémateuses, affectant les types papuleux, discoïde, annulaire, centrifuge, avec desquamation simple. Le terme *générique* de trichophytie leur convient à toutes, et, si l'on veut bien, avec nous, dire : trichophytie papuleuse, squameuse, circinée, vésiculeuse, on aura ainsi adopté une terminologie exacte et parfaitement appropriée aux choses à décrire.

Le terme de *tonsurant,* appliqué à la trichophytie des parties glabres, n'est pas plus acceptable que le mot d'herpès ; il n'est jamais dans ces cas question, en effet, de tonsure, et nous cherchons toujours en vain les raisons qui pourraient faire conserver une dénomination aussi complètement impropre à tous égards. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

face (1), l'herpès tonsurant apparaît soit sous la forme bien nette de vésicules, *herpès vésiculeux*, soit de taches, de disques et de cercles rouges desquamatifs, *herpès tonsurant maculeux et squameux*.

L'herpès tonsurant vésiculeux (2) représente la forme décrite par Bateman sous le nom d'herpès circiné (3), dans laquelle des cercles confluents, de la dimension d'un centime jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs en argent, sont constitués par des vésicules distinctes. Ils se développent à partir de certains centres ; les vésicules primitives, centrales, se transforment en petites squames, et de nouvelles vésicules surviennent à la périphérie sur une base rouge ; ces dernières entourent alors en forme de couronne une aire rouge, squameuse, ou pâle au centre. L'éruption est accompagnée d'une sensation modérée de cuisson et de prurit. On trouve ces cercles isolés ou en grand nombre à la face, sur la région dorsale des mains, à la nuque, au tronc, mais rarement aux membres inférieurs, etc. Plus rarement encore, on observe cette éruption de cercles vésiculeux sur tout le tronc et sur une grande partie des membres, de la face et du cou ; dans ces cas, les vésicules ont une grosseur variant de celle d'un grain de milium à celle d'une tête d'épingle et au-dessus. L'éruption a toujours un caractère aigu, parfois elle s'accompagne de phénomènes fébriles, d'inflammation intense, de tuméfaction de la peau et de croûtes épaisses à la place des vésicules. Mais habituellement, le processus aigu, composé seulement de quelques cercles, dure trois à quatre semaines ; si l'éruption est plus étendue, de six semaines à trois mois. Lorsque l'éruption vésiculeuse s'arrête, les croûtes tombent et la peau, rouge au début, plus tard pigmentée, revient peu à peu à l'état normal (4).

---

(1) Il est aussi remarquable, que cela a été peu remarqué, de voir l'extrême inégalité des différentes parties de la face devant le trichophyton : la région des *sourcils*, les *cils*, la *moustache* sont très rarement atteints, tandis que la barbe proprement dite en représente le véritable lieu d'élection. E. B. — A. D.

(2) La dénomination correcte de cette forme est : *Érythème trichophytique vésiculeux*, *trichophytie érythémato-vésiculeuse circinée*. E. B. — A. D.

(3) Voyez plus haut, note 1, page 795. E. B. — A. D.

(4) La trichophytie des parties glabres est généralement mal connue des médecins, aussi bien dans ses variétés européennes que dans ses variétés *exotiques ;* il est donc nécessaire, tout en restant dans la mesure des données élémentaires et pratiques, de dépasser la limite trop restreinte du texte courant. C'est ce que nous allons faire dans le court *appendice* ci-contre. E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Aperçu sur la trichophytie des parties glabres

La trichophytie des parties glabres, ou, pour parler plus exactement, la trichophytie des parties du corps autres que le cuir chevelu et la barbe, les régions sourcilières, ciliaires, pubienne, axillaire, doit d'abord être distinguée selon qu'elle occupe la peau vague, ou qu'elle se cantonne dans les grands plis de contact; cette variété topographique sera indiquée plus loin aux *notes* de l' « *eczéma marginé* ».

La trichophytie des parties vagues de la surface du corps revêt des aspects multiples extrêmement variés — *Trichophytie multiforme* — reliés à des conditions multiples — *origine du parasite*, animale, humaine; *primitive* ou *secondaire; âge* des sujets; *région anatomo-topographique; climats; formes mycosiques*, luxuriantes, géantes; faibles (formes de souffrance), etc., etc.

Parmi les variétés les plus communes que nous devons relever, nous signalerons : I. — *la trichophytie auto-inoculée des* « *teigneux* »; II. — *la trichophytie érythémato-vésiculeuse commune*, *solitaire ou discrète;* III. — *la trichophytie érythémato-vésiculeuse disséminée; éruptive généralisée;* IV. — *la trichophytie à anneaux cohérents*, *festonnée*, *marginée*, *serpigineuse*, *exotique; trychophytie des régions tropicales; trichophytie des parties couvertes;* V. — *l'* « *herpès tonsurant desquamatif* », *teigne imbriquée de Manson.*

I. — Trichophytie accessoire des teigneux. Très communément on observe, chez les sujets en cours de traitement pour la teigne tondante, des disques ou des anneaux complets ou incomplets, érythémateux, érythémato-squameux, quelquefois excoriés par le grattage (ils sont prurigineux), eczématoïdes, plus ou moins frustes, à développement excentrique, le centre squamulaire plissé, jaunâtre, le bord irritatif, assez net en dehors, vague en dedans; souvent assez torpides; ne dépassant guère l'atmosphère de voisinage, la nuque, le col, les épaules, les membres supérieurs, la face; ils atteignent rarement un grand développement. Ils résultent d'auto-inoculations et s'observent surtout chez les enfants imparfaitement soignés.

II. — Trichophytie multiforme commune, *Trichophytie des parties découvertes, trichophytie circinée, discoïde, érythémateuse, squameuse, vésiculeuse, pustuleuse, phlycténoïde, eczématoïde, dysidrosiforme, lichénoïde*, etc., etc.

On l'observe soit chez des jeunes sujets, soit chez des adultes, le plus généralement solitaire, sur la face, le col, ou la région prémammaire chez la femme; dans les deux sexes, sur les parties découvertes des membres supérieurs, le dos du poignet, le dos de la main, l'avant-bras. Sur la face et sur le col, le caractère irritatif et vésiculeux est généralement peu accentué, mais sur les membres supérieurs, particulièrement à la main, face dorsale, latérale ou palmaire, il est commun d'y observer les formes luxuriantes, les couronnes vésiculeuses très accentuées,

l'évolution assez rapide pour former des cercles dont le rayon s'accroît de 1 à 3 centimètres par semaine environ, dont le centre est presque normal, ou squamulaire, ou excorié, et la périphérie couronnée de vésicules ou de phlyctènes transparentes, puis rapidement opaques, avec exfoliations épithéliales superficielles.

La pièce du Musée de Saint-Louis, n° 268, déposée par nous en 1873, représente un type de cette variété.

Cette pièce, moulée sur la main d'un *boucher* âgé de seize ans, permet de suivre, à l'œil nu ou à la loupe, tous les détails de la lésion :

Au centre, point du début atteint vingt jours avant, on ne voit plus que quelques très rares vésicules ; l'affection y subit son extinction spontanée et normale dans le délai de une à trois semaines. A la périphérie, on voit un double contour de vésicules en voie de formation, indiquant la marche excentrique de la germination épidermotrichophytique. Tout à fait à la bordure, on trouve une déhiscence des couches cornées les plus superficielles, indiquant les points où va se faire la culture trichophytique nouvelle ; c'est dans les squamules de cette collerette, et dans les poils follets qui s'y trouvent, qu'il faut chercher la matière de l'examen histologique destiné à montrer le trichophyton.

Cette variété, souvent très irritative, s'observe surtout chez les bouchers, les *jeunes* vachers qui soignent les veaux et les génisses, les *jeunes* palefreniers qui sont en contact avec les *poulains;* — mais on la rencontre aussi à la suite du contact avec les animaux domestiques, le chien, surtout en Allemagne, le chat en France, d'après notre observation — Cf. Conche, Note p. servir à l'étude du développ. du favus et du trichophyton chez les chats — *Lyon médical*, nov. 1873. — La trichophytie est si fugace chez ces animaux qui se lèchent sans cesse, qu'elle peut avoir disparu quand on est amené à constater la teigne contractée par l'homme. Dans quelques cas, plus rares qu'on ne pourrait le penser, la cause en peut être trouvée dans les rapports avec un enfant teigneux; le plus ordinairement, en dehors des conditions professionnelles sus-indiquées, la source échappe.

Lorsque la plaque d'*érythème trichophytique*, simple ou vésiculeux, commence sur le dos de la main, et se continue à travers les espaces interdigitaux, ou en passant par les bords latéraux, le diagnostic n'en présente pas de grandes difficultés; mais cet érythème, simple ou vésiculeux, peut s'observer isolément *à la paume de la main*. Dans ce dernier cas, si le sujet n'est pas notoirement trichophytique d'une autre région du corps, et si l'état vésiculeux du pourtour n'est pas très accentué, l'affection est généralement méconnue, confondue avec les diverses affections desquamatives des régions palmaires. On y devra surtout songer dans les cas de lésion palmaire eczématoïde ou dysidrosiforme de ces régions, en notant que la trichophytie est unilatérale ou asymétrique — Cf. Celso Pellizari, *loc. infr. cit.*

Plus obscurs encore sont quelques *érythèmes trichophytiques atypiques*, véritables *formes de souffrance* du trichophyton, tels que ceux qui ont été décrits, sous le nom d'*érythème trichophytique chronique*, par Lespinasse, *loc. cit.*

Sur un homme de soixante-treize ans atteint de trichophytie unguéale, il

existait un érythème couvrant le dos des mains et s'étendant sur le quart inférieur des avant-bras, de couleur rouge un peu violacée, ayant une certaine ressemblance avec l'érythème pellagreux, sans gonflement, sans traces de vésicules et seulement avec desquamation abondante en larges lamelles qu'on peut arracher en lambeaux d'un centimètre carré et davàntage ; cette desquamation s'observe aussi à un moindre degré, à la face palmaire. Au microscope, abondant mycélium sans spores dans les ongles ; dans les squames du dos de la main, quelques filaments ramifiés très fins de mycéliums ; dans les poils du dos de la main, spores et mycélium.

Les cas de cet ordre sont rares, mais il est certain qu'ils ont dû être méconnus, faute d'avoir été signalés. — On devra faire intervenir leur existence dans les cas de lésion ambiguë des mains, avec onychose, chez les sujets adultes, et particulièrement chez les vieillards.

III. — Trichophytie érythémato-vésiculeuse, circinée, éruptive, aiguë, disséminée, généralisée.

Cette forme de trichophytie paraît provenir le plus ordinairement de cultures spontanées sur des linges ou des pièces de vêtements contaminés ; sa marche est aiguë, les cercles, plus ou moins régulièrement ovalaires selon la disposition des plis de surface, évoluant beaucoup plus rapidement que ceux dont nous avons parlé plus haut. Cette marche rapide, que nous avons constatée plusieurs fois, était très accentuée chez un jeune sujet dont nous avons fait mouler les lésions par Baretta, et qui est représenté dans le Musée de Saint-Louis, par le n° 750, année 1881.

Région abdominocrurale. — On voit sur ce moulage le type de la trichophytie généralisée, vraie, des parties glabres, à tous les degrés de son évolution depuis le disque érythémateux initial, jusqu'aux grands cercles géants, érythémato-vésiculeux.

On remarquera combien est vive la rougeur érythémateuse, et à quel degré est accentuée l'irritation dermo-épidermique ; le centre est détergé, croûtelleux et squamulaire. Les anneaux sont ronds, ou ovales, à direction variable selon le siège topographique et la direction des plis cutanés.

— Voy. aussi notre pièce 1357. — Trichophytie circinée du tronc, 1888.

Le premier de ces deux sujets, était *garçon de bain* au Hammam ; tous les deux étaient jeunes — le second était interne dans un collège.

Ces formes guérissent avec la plus extrême facilité par les applications de teinture d'iode, faites comme nous le dirons plus loin.

IV. — Trichophytie a anneaux cohérents, a cercles géants, festonnée, marginée, serpigineuse, exotique ; *trichophytie des régions tropicales ; trichophytie des parties couvertes.*

On observe quelquefois en Europe une forme de trichophytie, rare dans nos climats, dans laquelle les anneaux sont multiples, cohérents, chaînés, concentriques, et, par l'effacement des bords de contact, donnent lieu à des figures élégantes dont on peut voir de beaux exemples dans la planche LVI de l'Atlas de Tilbury Fox, ainsi que dans la planche XXXVI de l'atlas de la Société de Sydenham, et qui représentent, avec plus de finesse dans les bords, et plus d'élégance, les figures

les plus imprévues du psoriasis circiné, gyroïde, etc., ou de l'eczéma séborrhéique.

Rare en Europe, cette forme est commune aux Indes et en Chine, où elle est connue sous des noms multipliés : *dad*, *dadru*, *majee's dad* (boatman's ringworm) *denaii*, *dhobie's itch*, *whasherwoman's ringworm*, etc. Voy. Farquhar et Tilbury Fox — *Off. Report on Indian skin diseases, London*, 1876, et *Atlas*, Pl. LVI, p. 93 — *Ringworm tropical; tinea circinata; ringworm of the body, Chinese ringw., India ringw.; Koouch Dadru; Denaïé; Guskurum* (Inde). Voy. F. Roux, Herpès tropicaux — *Traité prat. des maladies des pays chauds*, T. III, 1888, p. 231,

Il ne saurait faire doute que diverses affections sont confondues sous ces noms divers, parmi lesquelles l'eczéma marginé, le pityriasis rosé, l'eczéma séborrhéique, etc.; mais il est également certain que la trichophytie circinée du corps, des parties couvertes, en raison des conditions climatériques, chaleur et humidité, des conditions d'hyperidrose et d'hyperséborrhée, végète d'une manière spéciale.

Nous avons observé plusieurs fois la trichophytie à grands cercles sous la *forme lente*, *permanente*, *chronique;* dans l'un de ces cas, qui avait plusieurs années de durée déjà, et qui avait son siège dans la région fémoro-scrotale, Balzer — *loc. cit.*, p. 409 — a constaté le trichophyton luxuriant et géant.

V. Herpès tonsurant desquamatif. Teigne imbriquée de Manson (*Gune; Tokelau ringworm*, *Bowditch Island ringw.; lafa Tokelau*; *la Peta; Tinea imbricata; Cascadoe; herpes desquamans*).

La *trychophytie festonnée*, *gyroïde*, etc., prédominante dans les régions tropicales, ne se confond pas avec l'affection décrite pour la première fois en 1844 par Fox (of America), *cit.* Radcliffe-Crocker — *loc. cit.*, p. 672 — « sous le nom de *gune* (native word for skin) » et ensuite par Turner, Königer pour Samoa, Manson pour les Malaccas ; Mac Gregor pour les Fiji, et Corré pour Nossi-Bé », et qui serait localisée au détroit de Malacca et aux îles de l'archipel Malais. Cf. Hirsch — *Geogr. and Histor. Pathol.*, t. II, p. 375, et F. Roux, *Traité cité*, p. 248.

D'après Manson (d'Amoy) — *Med. Rep. of. Imper. marit. Custom for China*, 1879, Extr. *in Med. Times and Gaz.*, 1879, T. II, p. 342, *cit.* R.-Crocker — qui en a donné la meilleure description clinique. Voici les caractères principaux, reproduits par Roux, *loc. sup. cit.*

L'herpès imbriqué a une durée d'incubation de neuf jours précisée par les inoculations.

... On remarque d'abord sur la peau de petits points rougeâtres généralement disposés en demi-cercle. Au niveau de ces points, il se développe rapidement des papules. En même temps, le malade éprouve des démangeaisons intolérables. L'affection s'étend du centre vers la périphérie ; l'épiderme desquame, se soulève, devient flottant, et enfin se détache sous forme de lamelles qui peuvent acquérir une largeur de 2 centimètres 5. Le bord libre de ces lambeaux épidermiques est dirigé vers le centre, c'est-à-dire vers le point d'inoculation. Le bord convexe du lambeau reste, au contraire, adhérent à la peau. Si l'on passe la main sur la surface de la partie malade en allant de la circonférence vers le centre, la plaque paraît plate. Si on passe la main sur elle en sens inverse, les squames se redressent et deviennent

saillantes. C'est cette disposition qui a fait donner par Manson à la maladie le nom de « *tinea imbricata* ».

... Quand l'anneau entier, ainsi formé, atteint un diamètre de 1mm,5, il se fait, au centre, une nouvelle plaque brunâtre. Celle-ci, à son tour, fait éclater l'épiderme de formation récente, et on assiste à la formation d'un second anneau, concentrique au premier, qu'il suit dans son développement; une troisième tache brune se forme au centre du deuxième cercle et suit la même marche que les deux premières, et ainsi de suite. Si l'herpès de Manson dure pendant quelque temps, il envahit une surface considérable du corps, par exemple un membre tout entier, tout un côté du tronc, et même, si le médecin n'intervient pas, toute la surface du corps.

Le cuir chevelu et la face paraissent toujours respectés, mais toutes les autres parties du corps peuvent être atteintes; les lésions restent superficielles et il n'est question de rien qui ressemble aux folliculites parasitaires, même dans les régions velues de l'aisselle et du pubis.

Les cheveux ne sont jamais atteints ni altérés, mais la question reste en suspens pour les poils du corps. Plusieurs auteurs attribuent à Königer l'assertion que les poils du corps sont atteints et tombent au niveau des régions envahies par l'*herpès imbriqué;* nous avons vérifié dans l'original, et voici ce que dit Königer, très bon observateur, mais certainement non dermatolologiste — Beobacht. z. geograph. Pathol.; I. u. d. polynesischen Ringworm a. d. Carolinen — Gilbert, u. Samoa Inseln, *Virchow's Arch.*, 1878, T. LXXII, p. 413.

... Les parties limitrophes du cuir chevelu, ainsi que ce dernier, mais à un degré moindre, sont couverts de squames épidermiques de dimensions variées, les unes déjà détachées de la peau, les autres y adhérant plus ou moins...

... La pilosité du corps déjà peu prononcée chez les individus sains, et en réalité très faible chez les insulaires micronésiens des îles Gilbert et Carolines, peut-être un peu plus accusée chez les habitants papouans des îles Yaps et Palau, ainsi que chez les Samoaens polynésiens, semble avoir presque complètement disparu sur les parties malades de la peau. Par contre, la pilosité de la tête et de la face n'est pas atteinte par la maladie qui, il est vrai, n'est que faiblement caractérisée dans ces régions. La sécrétion sudoripare serait très diminuée sur les parties malades du tégument. Les autres organes sont complètement normaux. Les malaises subjectifs des malades consistent en un prurit d'une intensité variable, souvent insupportable, des régions malades de la peau que les patients cherchent à atténuer par le grattage, et certains d'entre eux portent constamment dans ce but sur eux des fragments de coquilles.

La teigne imbriquée est *très contagieuse;* comme pour toutes les teignes *du corps*, l'absence des soins de la peau, la souillure des linges de corps par les eaux où on les « lave » sans avoir désinfecté ceux qui sont contaminés, entrent au premier rang des conditions de transmission.

Les *analogies* sont nombreuses entre la *trichophytie du corps* et l'herpès imbriqué, mais de nouvelles études sont nécessaires pour savoir si cette affection a un parasite spécifique, ou si elle représente une culture spéciale, régionale, du trichophyton, ou bien si elle résulte de

l'association du trichophyton et d'un ou de plusieurs autres microphytes. G. Thin — *Path. and Treatm. of Ringworm*, 1887, Ch. IX, p. 85 — décrit et figure (fig. XXI, p. 86) les mycrophytes qu'il a trouvés dans les squames qui lui ont été envoyés par Manson. Ces squames contenaient des microphytes variés, une grande quantité de mycélium et de gonidies, ne différant pas du trichophyton, mais, en outre, un mycélium absolument différent.

Manson affirme la séparation de la *trichophytie circinée* et de a *teigne imbriquée,* non seulement à cause du caractère clinique — dégagement du centre dans la trichophytie pendant que la périphérie s'accroît ; anneaux concentriques de desquamation comblant le centre pendant que l'anneau extérieur progresse; absence d'irritation dermique dans la teigne imbriquée, etc., — mais encore en ce que l'inoculation, *sur le même individu*, de la teigne imbriquée, et de la teigne circinée, produisent, isolément et spécifiquement, chacune des deux formes cliniques.

Au point de vue *thérapeutique*, la teigne imbriquée se distingue par une résistance plus grande aux agents topiques que celle que présente la trichophytie circinée.

VI. — Traitement et prophylaxie de la trichophytie des parties glabres.

Quelle que soit l'intensité de la trichophytie des parties glabres *libres* — les grands plis de contact réservés ; voy. les notes de l' « *eczéma marginé* » p. 850 — la guérison peut en être obtenue avec facilité par les moyens les plus aisés et les plus variés, pourvu qu'ils agissent en éliminant la couche cornée superficielle.

Le plus simple de ces agents, celui dont nous démontrons, depuis un grand nombre d'années, l'action et *le mode d'application*, est la *teinture d'iode.* La surface trichophytique, *alors même qu'elle est irritative*, vésiculeuse, phlycténoïde, tuméfiée, et son pourtour immédiat, dans l'étendue d'un ou de deux centimètres, doivent être frictionnés *rudement* avec un pinceau de charpie court et serré, ou avec une tige de bois garnie de linge, jusqu'à ce que la surface en germination ait pris une teinte marron noir beaucoup plus accentuée que celle de la peau avoisinante également frictionnée. Il nous arrive souvent de ruginer légèrement la bordure périphérique avec le manche de bois du balai de charpie. La friction, ainsi faite, n'est suivie d'aucune iritation vive, et est ordinairement suffisante pour la guérison, laquelle est établie, d'abord, par l'arrêt immédiat du développement excentrique, et définitivement au bout de quelques jours, quand l'exfoliation iodique est terminée, par l'examen histologique.

Aucun autre moyen n'est plus rapide, plus certain, plus inoffensif. Mais sur les parties découvertes, dans la clientèle de la ville, quelques malades (ils sont d'ailleurs rares), redoutent la coloration produite par la teinture d'iode; dans ces cas, on peut avoir recours aux pommades ou aux emplâtres mercuriels, mais nous ferons remarquer que la plupart des malades qui viennent à la consultation de ville ont déjà subi des applications d'onguent citrin pur ou mitigé, avec un succès

nul ou incomplet, sans la certitude que donne la *desquamation* iodique.

Si l'on veut employer, avec un succès rapide, les emplâtres mercuriels, chrysophaniques, etc., il faut préalablement ruginer légèrement la surface par friction avec un linge rude.

Enfin, dans les cas où la maladie occupe de grandes surfaces, ou acquiert une intensité spéciale, le traitement intensif commun du psoriasis peut être appliqué avec le plus rapide succès, même dans les formes exotiques, même dans l' « herpès imbriqué », à l'aide des pommades au β naphtol, à l'acide pyrogallique, à l'acide chrysophanique, agent actif de la poudre de Goa — aux doses, et avec les précautions indiquées dans le traitement du psoriasis. Voy. T. I, *le texte courant et les notes des Traducteurs*, p. 579, 581, 583, 584.

Pour la *trichophytie exotique* — ringworm tropical — la poudre de Goa est surtout employée : Roux — *loc. sup. cit.* p. 747 — humecte d'abord, avec de l'eau, les plaques de ringworm, puis il les saupoudre avec la poudre de Goa, et laisse en contact pendant la nuit —; il déclare cette pratique suffisante moins douloureuse, plus simple, plus rapide que les autres et n'ayant d'autre inconvénient que de tacher les linges qui entrent en contact avec la poudre.

Le traitement de l'*herpès imbriqué*, surtout si la maladie est ancienne et très étendue, est plus compliqué. La vive irritation du tégument qui est produite par la germination microphytique oblige souvent à ajourner l'emploi des antiparasitaires, d'autant plus que ceux-ci doivent être plus énergiques: la chrysarobine en nature, ou à doses fortes, avec les précautions que réclame l'emploi de ce cet agent, paraît le moyen essentiel. — Parmi les « parasiticides » les plus employés, Roux indique le *sulfure de calcium*, *l'hyposulfite de soude* en solution à la dose de 24 grammes pour 180 grammes d'eau, le *bichlorure de mercure*, et la pommade à *l'iodure de soufre*.

La *prophylaxie* de la trichophytie du corps est surtout réglée selon les conditions professionnelles que nous avons indiquées plus haut — p. 802. — Chez les sujets atteints de trichophytie du cuir chevelu, les plaques de la tête doivent être oblitérées à l'aide d'un emplâtre et la tête soigneusement couverte. On évitera ainsi les auto-inoculations, et les transmissions aux sujets sains.

Pour la trichophytie du corps, commune dans les régions tropicales, les plus simples mesures de propreté du corps, les ablutions savonneuses, et surtout la désinfection obligatoire à l'étuve de tous les linges apportés dans des blanchisseries publiques, suffiraient à éteindre rapidement la maladie. Les mêmes mesures s'appliquent à la teigne imbriquée.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

L'herpès tonsurant maculeux et squameux (1) se manifeste sous forme de quelques cercles rouges, dont la dimension varie de celle d'un centime à celle d'une pièce de 5 francs en argent, pâlissant sous la pression du doigt, et dont la desquamation et la disparition s'opèrent du centre à la périphérie. Leur siège le plus habituel est la limite qui sépare la nuque et les cheveux, la face, le cuir chevelu et le cou, mais on les rencontre aussi sur une partie quelconque de la peau. L'herpès tonsurant maculeux peut encore survenir, comme nous l'observons ici très souvent, sous l'aspect d'une éruption générale aiguë du tronc et des membres.

C'est principalement sur le dos, la poitrine, l'abdomen, les parties latérales du thorax, au cou et à la face interne des membres supérieurs et inférieurs que l'on voit apparaître des papules (2) ou des taches de la grosseur d'une tête d'épingle, rouges, à surface légèrement proéminente, qui en un à deux jours forment des plaques arrondies ou ovales, rouges, de la dimension d'une lentille ou d'un centime. Au bout de quelques heures, le centre des plus petites papules et taches s'exfolie, et à mesure que la rougeur s'étend à la périphérie, l'épiderme se fendille dans le même sens. En même temps que la peau pâlit au centre, on voit survenir, dans l'espace de une à deux semaines, des cercles dont le bord le plus périphérique est rouge et qui sont le siège, vers l'extérieur, d'une fine desquamation. Ces cercles sont pâles et aplatis au centre, ils ont l'étendue de l'ongle, leur forme est en général ovale, enfin ils peuvent avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou celles d'une pièce de 5 francs en argent. Quand ils ont atteint les proportions les plus grandes que je viens d'indiquer, toutes les taches pâlissent et, après la chute de l'épiderme, chaque partie reprend sa coloration normale et redevient unie ; cette évolution s'accomplit dans l'espace de trois à six mois. Cette maladie est accompagnée d'un prurit modéré, parfois assez vif. Souvent il reste, pendant un à deux ans, un plus grand cercle sur un point ou un autre ; parfois, enfin, le processus gagne le cuir chevelu, où, comme on le sait, sa marche est toujours extrêmement lente (2).

---

(1) (2) L'affection que l'auteur vient de décrire sous le nom, à tous égards impropre, d' « *herpès tonsurant maculeux* » n'a rien de commun avec l'herpès, ni avec la trichophytie. Elle n'est autre que la maladie décrite en France par Gibert — aujourd'hui connue de tous les dermatologistes — et qui porte le nom de *Pityriasis rosé de Gibert.* Elle n'a aucun microphyte *pathogène* connu, et elle ne contient certainement jamais de « trichophyton » ; elle n'est jamais contagieuse.

Le lecteur en trouvera dans l'appendice ci-contre une esquisse, qui n'est pas ici à sa place, mais nous n'avons pas eu le choix, obligés de suivre les errements du texte courant.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Pityriasis rosé de Gibert

Synon : *Arthritide pseudo-exanthématique squameuse; Pityriasis rubra aigu disséminé, maculeux et circiné* de Bazin; *Erythematous eczema* de Wilson (*variétés orb.* et *circin.*) ; *Herpes tonsurans maculosus* de Hebra-Kaposi; *Pityr. circiné* de Horand, etc.; *Pityr. maculata et circinata* de Duhring, Behrend, etc.; *Éryth. papul. desquamatif* de E. Vidal et E. Besnier; *Roséole squameuse* de Fournier, etc., etc.

I

C'est une éruption composée d'efflorescences discoïdes rosées, polymorphe et polychrome, finement desquamative, sèche toujours, résolutive, à évolution cyclique, peu ou pas récidivante — Thibierge, *Ann. de Dermat.*, 1889, p. 37 — non inoculable, non contagieuse; ordinaire sans être commune, pouvant survenir à tout âge, mais plus propre à l'enfance et à la jeunesse; nosologiquement, son classement ne peut encore être précisé.

Son premier élément clinique est une tache érythémateuse, miliaire, légèrement saillante, dont la coloration s'efface sous la pression du doigt, généralement au niveau d'un orifice folliculaire ou sudoral, autant qu'on en peut juger à l'examen macroscopique. Très rapidement, le centre de ce petit îlot érythématopapuleux devient le siège d'une desquamation déhiscente très superficielle, sans qu'il y ait jamais ni vésicules, ni exsudation quelconque; desquamation qui s'étale rapidement formant, ou non, à sa périphérie une collerette appréciable, laquelle est entourée d'un anneau érythémateux complet ou incomplet, plus ou moins accentué et très légèrement élevé au-dessus du niveau du centre, lequel reste squamulaire, ou non, s'affaisse légèrement, subit une sorte de dessiccation et de plissé très manifestes, et se teinte plus ou moins en maculature café au lait clair, chamois, rose brun, etc.

Tous les éléments ne prennent pas le même développement et n'acquièrent pas le même degré d'intensité; de là résulte une polymorphie générale assez étendue pour qu'un coup œil d'ensemble laisse quelquefois indécis, au premier abord, l'observateur le plus habitué; maïs *en détaillant* les lésions, on retrouve toujours quelque part un ou plusieurs éléments caractéristiques, de la dimension moyenne de l'ongle, maculeux ou rosés, et présentant, ronde ou festonnée, l'aréole centrale bordée par une collerette déhiscente fine, très superficielle, avec le plissé à peu près caractéristique qui rend à l'observateur son assurance, et rectifie le point. On les cherchera particulièrement en quelques lieux d'élection, tels que les régions sous-claviculaires, les parties latérales et sous-axillaires du tronc, etc.

Le mode absolu du *premier début* est assez difficile à décrire parce que la lésion apparaît d'ordinaire sans signe précurseur, ni immédiat, et que le sujet n'en fait la découverte, très souvent, que quand l'efflorescence est déjà multipliée. Cependant, au premier examen, il arrive assez

souvent de trouver, *sur les points du corps les plus différents*, un élément qui, par extension excentrique, est plus étendu en surface que la majorité des autres. En relevant nos observations, nous trouvons le fait consigné souvent, mais il n'avait été mis en saillie ni par nous, ni par aucun autre observateur avant Brocq — Voy. Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert — *Ann. de Dermat.*, 2e série, T. VIII, p. 615, — qui l'a relevé, non pas seulement comme une minutie d'observation, mais parce que, la généralisation de l'éruption n'étant que « secondaire » à cette plaque initiale, qui persisterait *seule en progressant pendant huit à dix jours*, au plus, et serait *suivie, seulement après ce délai*, de l'apparition *simultanée* d'un grand nombre d'éléments, soit alentour, soit dans des points les plus éloignés de la plaque primitive, il pouvait en résulter dans l'étude ultérieure de la maladie quelque éclaircissement inattendu.

Quoi qu'il en soit, d'une manière générale, une fois l'éruption constituée, sauf les exceptions et les paratypes, elle évolue communément et typiquement *de haut en bas*, de la partie inférieure du col et des régions sous-claviculaires, vers les membres supérieurs, puis inférieurs, respectant le plus habituellement, mais non toujours, la tête, la face, et ne dépassant guère le dos des mains et des pieds, ayant comme limite inférieure commune la région des adducteurs de la cuisse. Il est rare qu'elle se localise à une seule région, ou à un seul élément; c'est dans ces cas où son diagnostic peut être le plus ambigu et le plus discuté; mais nous croyons l'avoir plusieurs fois observée incontestable, avec localisation prédominante sur le col, la région sternomammaire chez les femmes particulièrement et bien difficile à distinguer cliniquement du « pityriasis anomœon » de Vidal, dont l'acceptation définitive réclame quelques nouvelles confrontations.

Dans ces cas, il sera utile de se rappeler l'observation de Brocq sur la « plaque primitive », l'efflorescence maîtresse du pityriasis rosé, laquelle peut exister, isolée, pendant un ou deux septenaires, de sorte que le pityriasis rosé *solitaire* peut être considéré comme une éruption ébauchée ou avortée, qui en reste à l'accident primitif.

Il n'est pas rare que, dans diverses circonstances telles que la température élevée, la sudation, l'application intempestive d'irritants à la surface cutanée — bains, pommades, vêtements de laine, etc. — ou même à la suite de l'administration interne d'agents toxidermiques, après une commotion morale vive, ou enfin sans raison appréciée, les efflorescences du pityriasis rosé se présentent sous un aspect anormal, simulant l'eczéma discoïde, le psoriasis aigu (pityriasiforme), la roséole syphilitique, etc., et rendent le diagnostic souvent bien difficile.

III

La *symptomatologie générale* du pityriasis rosé se réduit à fort peu de choses; les prodromes n'existent guère, ou sont très difficiles à apprécier, tant on rencontre de cas dans lesquels le patient répond négativement à toutes les questions. S'il y a quelque état pathologique préalable, il est véritablement latent, et il faut se garder de prendre des

coïncidences pour des relations réelles. Pendant la période d'état, c'est-à-dire pendant le temps que dure l'observation du médecin, il n'y a absolument rien. Quelques sujets n'ont même pas de prurit; quelques-uns accordent qu'ils ont un peu de démangeaison ; jamais nous n'avons vu de grattage proprement dit, ni de lésions qui puissent lui être rapportées. L'évolution se fait par poussées successives, qui peuvent se reproduire pendant quelques semaines; quelquefois elle s'installe et résiste aux moyens employés; en tous cas, les inégalités de durée et de résistance sont assez grandes pour qu'on puisse dire que l'affection dure de deux semaines à deux mois. Il est même des cas extraordinaires dans lesquels la durée semble indéfinie; mais ces faits sont à revoir.

L'*étiologie* et la *pathogénie* de cette efflorescence sont profondément inconnues ; l'existence préalable de troubles gastriques et la fréquence de l'ectasie de l'estomac signalés avec sagacité par notre élève distingué, JACQUET, Note sur deux cas de pityr. rosé obs. s. des sujets att. de dilat. gastr. — *Société clinique* et *France médicale* 1886 — sont réelles; mais ce ne sont que des conditions de provocation ou de développement. De grandes *probabilités* portent à penser qu'un élément microphytique joue un rôle quelconque dans le processus éruptif; mais cet élément est encore à trouver. C'est sans aucun fondement qu'on l'a assimilé au trichophyton. Nous ne le concevons que comme un de ces parasites intermédiaires, dont l'action demeure partielle, subordonnée à des conditions individuelles qui nous échappent entièrement, et dont la source, qu'elle soit interne ou externe, est complètement ignorée. Ce dernier point rapproche singulièrement le pityriasis rosé des « eczémas » figurés du type séborrhéique.

Dans les cas typiques, entiers, qui arrivent à l'observation à un degré assez avancé de l'évolution, et qui n'ont été dénaturés ni déformés par aucune condition extérieure, le *diagnostic* est absolument aisé aux signes que nous avons indiqués, au point d'être, pour ces cas, un des plus faciles et des plus banals de la pathologie cutanée.

Quand l'observateur est appelé à constater l'efflorescence solitaire, ou la plaque primitive, *encore isolée*, du pityriasis rosé, la difficulté est plus grande; mais on peut arriver assez sûrement à la déterminer, avec un peu de sévérité d'observation, car elle offre, en réalité, les caractères décrits du pityriasis rosé, différant de la trichophytie érythémateuse discoïde, surtout en ce que la bordure est beaucoup moins irritative, jamais vésiculeuse, et que l'examen histologique des squames, ou des follets, n'y montre pas le trichophyton; — de l'eczéma vrai par l'absence de tous ses caractères; — et du psoriasis vrai, même le plus fruste, pour des raisons analogues. Mais elle est vraiment bien difficile parfois à différencier des lésions sèches et légères de l'eczéma acnéique. Enfin, dans un cas où la plaque unique du pityriasis rosé serait régulièrement arrondie, ce qui est l'exception, on pourrait avoir à éliminer l'idée d'un disque glabre de favus érythémateux cutané ou d'un anneau exceptionnellement grand de pityriasis d'EISCHTEDT; aisément, dans ce dernier cas, un peu plus difficilement dans le premier, l'examen objectif

et la recherche histologique trancheraient la question, car jamais, dans le pityriasis rosé, nous n'avons trouvé, et nos collaborateurs, Balzer, Juhel-Rénoy, Jacquet, sur un nombre extrêmement considérable de préparations, n'ont rencontré de parasite *spécifique*. Voici le dernier examen pratiqué par Jacquet sur un cas de pityriasis rosé typique, présenté par l'un de nous à la Réunion hebd. des médecins de l'hôp. Saint-Louis, séance du 21 février 1889 :

L'examen a porté sur des squames et quelques poils follets détachés à la curette, au niveau des éléments érythémato-desquamatifs.

a) Poils follets absolument normaux en tous points.

b) Les squames ont été examinées par divers procédés : d'abord après dissociation dans la potasse à 40 p. 100, bouillie et filtrée, et coloration à l'éosine. Les cellules cornées de l'épiderme apparaissent alors nettement isolées, transparentes, comme vitreuses, parfois légèrement granuleuses ; ni dans leur épaisseur, ni entre elles, je n'ai observé de dermatophytes.

D'autres squames ont été traitées au picro-carmin, qui, sur un certain nombre de cellules, a mis un noyau en évidence et permis de les reconnaître comme appartenant au corps muqueux de Malpighi. De même que les cellules cornées, elles sont parfaitement normales.

Enfin un dernier lot de squames a été soumis à l'action du violet de gentiane. Dans ces dernières, on a constaté la présence de divers micro-organismes ; d'abord quelques rares bâtonnets, ensuite et surtout des diplocoques — ces organismes se sont montrés à l'état isolé, de loin en loin, sous forme d'amas de quelque importance — ; rien dans aucune des préparations qui rappelât le parasite décrit par Vidal sous le nom de microsporon anomœon.

Il est manifeste que tout cela est insuffisant pour fixer les idées ; la question est à reprendre entière à l'aide d'études moins sommaires, et conduites avec le soin et la sévérité nécessaires.

C'est en vain que, malgré une observation attentive et dépourvue de parti pris, nous avons cherché à différencier le pityriasis rosé de l'affection décrite en 1882 — *Annales de Dermat. et de Syph.* — par E. Vidal, sous le nom de *pityriasis circiné* et *marginé ; pit. anomœon*, aussi bien à l'aide des caractères cliniques qu'il a indiqués, que de la recherche du mycoderme qu'il lui a attribué, le *microsporon anomœon*.

Voici la description de Vidal :

L'éruption pityriasique produite par le microsporon anomœon débute par de petites taches rosées, à peine saillantes au-dessus du niveau de la peau. La surface en est sèche, et en frottant on détache facilement une desquamation furfuracée.

Ces taches sont irrégulièrement distribuées. Elles commencent ordinairement sur le tronc, mais je les ai vues aussi envahir d'abord les bras ou même les cuisses.

Leur accroissement est assez lent. Au bout de quinze jours, elles atteignent à peine le diamètre d'une pièce de 50 centimes, après un mois celui d'une pièce d'un franc. J'en ai vu de plus larges ; quelques-unes sont ovales. Dans certaines régions, sous l'aisselle, dans la région inguinale, elles peuvent, devenant d'abord conférentes, puis confluentes, se réunir en plaques qui prennent la forme marginée.

Celles qui restent isolées, guérissant par leur centre et s'étendant par leurs bords, prennent une forme annulaire. Le bord est rose ou rose jau-

nâtre, en desquamation furfuracée ; c'est un vrai pityriasis circiné. Sur quelques plaques, mais très exceptionnellement, l'épiderme plus largement soulevé forme une collerette épidermique.

Quand l'affection parasitaire a envahi depuis plusieurs mois la région axillaire ou la région inguinale, elle peut provoquer une irritation plus vive, un intertrigo, ou même une éruption eczémateuse et constituer ainsi une des variétés, la plus légère assurément, de l'affection complexe étudiée par l'illustre professeur Hebra, sous le nom d'*eczéma marginatum.*

Voici maintenant les caractères différentiels avec le pityriasis rosé que Vidal a indiqués :

Même apparence de desquamation furfuracée, même teinte rosée ou jaune rosée des taches, voilà pour les traits de ressemblance. Mais le pseudo-exanthème de Bazin, qui ne s'observe guère qu'au printemps, a une marche régulière et une durée moyenne de quatre à six semaines, ne dépassant pas deux mois. Son évolution est régulière. Il débute constamment par la région sternale ou par la région dorsale, pour s'éloigner graduellement de la ligne médiane et s'étendre *symétriquement* sur les membres, guérissant spontanément sur le tronc, pendant que sur les extrémités récemment envahies l'éruption est en pleine activité. La décroissance est symétrique et suit une marche régulièrement descendante. L'état papuleux des nouvelles poussées permet de regarder cette éruption comme une variété d'érythème papuleux, que je distingue sous le nom de *pseudo-exanthème érythémato-desquamatif.*

Le pityriasis déterminé par le microsporon anomœon n'est jamais symétrique. Sa distribution a l'irrégularité capricieuse des affections parasitaires. Il débute tantôt sur la peau du tronc, tantôt sur celle des membres. La marche est irrégulière, il peut se prolonger pendant plusieurs mois tandis que la durée du pityriasis rosea ne dépasse pas deux mois.

Enfin en cas de doute l'examen microscopique, en faisant reconnaître le microsporon anomœon, affirmerait le diagnostic.

Dans les squames du pityriasis rosea, on ne trouve guère que la torula vulgaris, la spore commune à toutes les exfoliations épidermiques.

Assurément, si l'on suppose que le pityriasis rosé de Gibert s'astreint de ne jamais sortir des formes typiques parfaites, on peut, *a priori*, admettre qu'il diffère de la variété de pityriasis discrète lente, irrégulière, atypique, qui vient d'être décrite; mais il n'en est rien, le pityriasis rosé a des formes frustes, atypiques, et des variétés paratypiques, et c'est dans ces dernières que se range, pour nous, le *pityriasis anomœon.* Maintes fois, nos collaborateurs histologistes ont recherché les caractères mycologiques indiqués par l'auteur dans des cas absolument semblables à ceux qu'il a donnés comme types, sans parvenir à confirmer ses recherches. Comme le pityriasis de Gibert, le pityriasis de Vidal reste dans les limbes de la phytodermie ambiguë, attendant d'un progrès dans la technique, dans l'art des cultures, etc., le dernier mot de la question. Au demeurant, la discussion est un peu platonique, car le traitement et le pronostic sont identiques dans les deux affections.

Bien qu'il n'y ait, en réalité, aucune difficulté à distinguer du pityriasis rosé, affection squameuse, la *roséole syphilitique*, affection glabre et lisse, c'est, cependant, la confusion qui est le plus fréquem-

ment faite par les médecins — et ils sont encore en grande majorité — qui ignorent profondément même l'existence du pityriasis de Gibert ; il est nécessaire cependant de dire qu'on rencontre, bien que rarement, dans les deux affections, des paratypes, c'est-à-dire une roséole érythémato-squameuse, et un pityriasis rosé bien peu squameux, soit spontanément, soit à la suite de bains, d'onctions, de sudations, etc., et enfin, qu'on peut, comme nous en avons montré des exemples, relever la *coïncidence* des deux altérations. Pour se diriger au milieu de ces obscurités, en réalité rares, il suffit d'être averti.

Une difficulté plus commune, et plus aiguë, naît des déformations que peut subir l'*élément* du pityriasis rosé, sous l'action d'irritants en apparence très légers, tels qu'un bain sulfureux, un bain alcalin à trop forte dose, etc. ; les efflorescences perdent leurs caractères pour prendre ceux de l'épidermite exsudative, de l'eczéma ; et n'était l'anamnèse, la disposition de cet eczéma en disques très petits et très multipliés, les caractères de localisation, etc., la solution du problème à résoudre serait quelquefois très ardue.

Enfin, certaines formes de pityriasis rosé affleurent tellement les types disséminés frustes de « l'eczéma séborrhéique », que la distinction objective en devient inexécutable directement. Nous avons montré un cas de ce genre à la Réunion hebdomadaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis, le 20 décembre 1888. Toutefois, plusieurs caractères distinguent nettement les deux affections : l'eczéma sébacéo-sudoral est essentiellement récidivant ; le pityriasis rosé ne l'est absolument pas ; le premier dure indéfiniment, le second est ordinairement épuisé spontanément en cinq à dix semaines ; etc.

Le pityriasis rosé manque de la couleur, jaunâtre au centre, des plaques d'eczéma séborrhéique, de leur localisation, de l'infiltration du chorion, de l'état graisseux des squames, et de la relation étroite avec la séborrhée ; ces dernières remarques faites par Unna (communication personnelle) sont parfaitement exactes ; mais la marche de haut en bas qu'il considère comme spéciale à l'eczéma séborrhéique appartient aussi au pityriasis rosé. Il subsistera, dans quelques cas, une ambiguïté inévitable, aussi longtemps que l'on ne possédera pas de caractéristique microphytique pour l'une ou l'autre des deux dermopathies.

Le pityriasis rosé est une affection *sans gravité*, à guérison spontanée, mais que l'on rencontre quelquefois rebelle, tenace, prolongée. De plus, chez quelques sujets, il est *très irritable ;* et sous l'action de médications intempestives il peut se déformer, prendre le type eczématoïde, etc.

Le *traitement* du pityriasis rosé comporte les indications qui suivent : déterminer l'état des voies digestives, et remplir les indications thérapeutiques, diététiques ou hygiéniques, qui se présentent dans chaque cas particulier.

Plusieurs cas soumis à notre observation, abandonnés à leur évolution spontanée, ont évolué cycliquement vers la guérison, leur terminaison naturelle ; il n'y aurait donc pas grand mal à s'abstenir. Mais on peut réellement être utile aux malades, à la condition de ne les sou-

La cause la plus immédiate de l'herpès tonsurant est constituée par le champignon qui lui est propre, découvert par Malmsten et Gruby (1) et nommé, d'après le premier, trichophyton tonsurant de Malmsten. On le trouve dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu dans beaucoup de cheveux et dans les gaines de leurs racines (fig. 63). J'ai déjà dit qu'on ne savait rien jusqu'à présent sur la place que l'on doit donner en botanique à ce parasite, ni sur son rapport avec l'achorion du favus; pour le moment, il faut le considérer comme un champignon spécial.

Mais il existe aussi des différences importantes dans la végétation et l'action du trichophyton tonsurant comparativement au champignon du favus. Le trichophyton consiste principalement en mycéliums allongés, peu ramifiés, modérément larges et réguliers, et en un petit nombre de gonidies (2); il attaque certainement plus les cheveux que l'achorion,

---

mettre qu'à des médications locales peu irritantes, ou au moins d'en surveiller attentivement l'application.

Les bains simples ou amidonnés, ou légèrement alcalinisés, conviennent très bien — un ou deux par semaine; les bains au borate de soude — 25 à 50 grammes pour 200 litres d'eau — sont les plus activement curatifs. On peut y associer avec avantage les onctions à l'onguent de zinc salicylé, résorciné, boraté, ou soufré, etc., etc., mais *en débutant par des doses légères* de 1 à 2 p. 100 en moyenne. Si l'éruption persiste, et si la peau a quelque tolérance, on peut avoir recours à des préparations plus actives telles que :

Résorcine, ac. salicylique, baume du Pérou.	ââ	1 à 2 grammes.
Soufre précipité.		1 à 10 grammes.
Lanoline, vaseline.	ââ	50 grammes.

β naphtol.		1 à 10 grammes.
Lanoline et vaseline	ââ	50 grammes.

Les onctions se font le soir au coucher; le lendemain matin, lotions savonneuse tiède, puis les surfaces sont poudrées à l'amidon. La peau doit être couverte de linge *fin*, et mise absolument à l'abri des vêtements de tricot, de laine ou de flanelle.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Fin de l'appendice des Traducteurs sur le pityriasis rosé de Gibert.

(1) GRUBY, 1844; MALMSTEN, 1845. E. B. — A. D.

(2) Cela ne se doit entendre que des premiers stades de la germination du trichophyton, et non de la période à laquelle il a atteint dans le poil son complet développement. Aussi longtemps qu'un poil est assez résistant encore pour être extrait à la pince, la proposition du professeur Kaposi est exacte; aussitôt que le poil est infiltré de trichophyton au point d'être devenu friable, fragile, aussitôt qu'il se brise spontanément ou que la pince qui le saisit n'en entraîne plus qu'un fragment, cette proposition cesse d'être applicable. Dans ce dernier cas, qui est, en définitive, le plus ordinaire en clinique, ce ne sont plus les

car, dans l'herpès tonsurant, on trouve beaucoup plus facilement que dans le favus un cheveu infiltré. Dans l'herpès tonsurant, en outre, le



Fig. 63.

b, cheveu. — *aa*, gaines de la racine, dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu, traversées de nombreux myceliums et gonidies de trichophyton tonsurant de Malmsten.

parasite s'élève incontestablement bien plus haut dans la tige du cheveu; mais ses éléments ne s'accumulent jamais, même lorsqu'ils existent

---

tubes qui prédominent, ce sont les spores, en amas ou en chaînes longitudinales, régulières et parallèles ; aussi à l'examen extemporané, fait avec l'ammoniaque et la glycérine, il n'y a, à vrai dire, que des spores et des chaînes de spores qui inondent le fragment de poil, épié à ses deux extrémités. La figure ci-dessus ne donne pas, de cela, la représentation précise que l'on trouve dans tous nos ouvrages français, l'*Anatomie pathologique* de LANCEREAUX, par exemple, les *Leçons sur les teignes*, de LAILLER, etc., etc.

Dès l'année 1869, tous ces points avaient été parfaitement mis en lumière dans un travail très remarquable et très avancé pour l'époque, dû à EUG. MAHAUX — *Rech. s. le trich. tons. et sur les affections cutanées qu'il détermine*, etc. Bruxelles et Paris, 1861. C'est sans fondement qu'on a fait à cet auteur distingué le reproche d'avoir dit que, dans le trichophyton, le mycélium prédominait sur les spores; l'auteur a dit — voy. page 49 de son travail — que la prédominance du mycélium appar-

depuis plusieurs années, en godets à l'orifice des follicules; ils rendent, enfin, le cheveu cassant, ce qui n'a pas lieu avec l'achorion (1).

Le trichophyton paraît se communiquer plus facilement; aussi l'herpès tonsurant est-il infiniment plus contagieux que l'achorion et le favus (2).

Dans l'herpès tonsurant vésiculeux, squameux et maculeux, le champignon se trouve entre les couches les plus supérieures de l'épiderme à cellules nuclées, sous les couches de cellules cornées (fig. 64) ; comme dans les cheveux et dans les gaines de la racine, on peut le voir au

---

tenait à la première phase, et que les spores augmentaient progressivement en nombre avec l'âge des lésions, le mycélium disparaissant plus ou moins complètement aux phases terminales. Telle est la réalité sur le processus germinatif du trichophyton, dès longtemps, d'ailleurs, nettement indiqué par notre regretté maître et ami, Charles Robin.

Mais si nous considérons comme imparfaite la portion de la figure 46 qui concerne le poil proprement dit, nous reconnaissons, au contraire, la parfaite exactitude de la représentation du parasite dans les gaines. Les mycéliums allongés s'observent surtout, en effet, dans les gaines, et aussi dans les lamelles épidermiques périphériques, dans lesquelles ils peuvent s'étendre assez loin. Dans ces circonstances, les tubes contiennent fréquemment des spores, mais souvent aussi ils sont vides, et principalement dans le début ou l'augment de la trichophytie ; ils sont alors très longs et très minces. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La *friabilité*, le ramollissement, la fragilité du poil, sont extrêmes dans la trichophytie, on ne saurait trop le dire; mais le cheveu favique est, fréquemment aussi, assez fragile pour en rendre difficile l'épilation réelle; c'est là même, pour nous, une des circonstances qui prolongent le plus la durée du traitement du favus sur le cuir chevelu, par la difficulté d'avulser, dans un temps déterminé, la totalité des cheveux malades. E. B. — A. D.

(2) La trichophytie peut être observée à l'état isolé, à l'état endémique, à l'état épidémique : à l'état isolé, partout où le trichophyton est transporté ; à l'état *endémique*, dans tous les pays tropicaux, mais surtout alors sous forme de trichophytie du *corps;* à l'état *endémique* encore, sous la forme de trichophytie *du cuir chevelu,* dans les grandes agglomérations, surtout en certaines contrées, Angleterre, France, Italie, etc. Dans les campagnes et dans certaines villes de l'étranger, la trichophytie des parties pilaires s'observe seulement à titre accidentel, à titre d'épidémie. Cf. : GERLIER. Une épidémie trichophytique à Ferney-Voltaire, Ain — *Lyon médical*, 1880; EDM. SAALFELD, Eine langdauernde Epidemie von Dermatomycosis tonsurans in Berlin, Aus. d. Polikl. f. Hautkrankh. u. Syph. d. H. Prof. Dr H. Köbner, in Berlin — *Separ. Abdr. a. Berlin. klin. Wochensch.*, 1886, n° 39.

E. B. — A. D.

microscope après la macération de l'épiderme dans une solution de potasse.

Dans l'herpès tonsurant maculeux, on ne trouve, durant les premiers jours de son développement, que quelques spores isolées ; ce n'est que dans le cours de la deuxième à la troisième semaine qu'on voit le mycélium caractéristique dans les squames des grandes plaques.

La présence constante de ce champignon et sa transmission artificielle et accidentelle, non moins que le rapport intime entre sa végétation et la durée de la maladie, doivent le faire regarder comme la cause essentielle de l'herpès tonsurant. Au cuir chevelu, où le cham-



Fig. 64.

Squames épidermiques de l'herpès tonsurant maculeux.

a, couches cellulaires cornées les plus inférieures. — *b*, couches les plus superficielles du corps muqueux avec de grosses cellules contenant des noyaux, toutes les deux traversées de mycéliums allongés, peu ramifiés, et d'un petit nombre de gonidies.

pignon peut persister d'une manière durable et se régénérer à l'intérieur des cavités folliculaires en s'implantant toujours dans de nouveaux follicules, l'herpès tonsurant dure des années. Sur les parties glabres de la peau, il est bientôt expulsé par l'exsudation (formation de vésicules) que sa présence provoque, en même temps que les couches épidermiques sont soulevées par l'exsudat, et cela d'autant plus rapidement que l'irritation locale est plus intense. Par conséquent, la maladie suit ici une marche aiguë ou subaiguë et disparaît spontanément.

Comme causes occasionnelles de l'herpès tonsurant, il faut noter les conditions générales dont il a déjà été question pour le développement

des dermatomycoses; ce sont avant tout les conditions favorables à la végétation des champignons de moisissure. Par conséquent, le processus se manifeste plus fréquemment dans les saisons humides ; la maladie atteint surtout les personnes qui habitent des maisons mal aérées et dans lesquelles existent de nombreuses moisissures, et les individus qui se servent habituellement dans les établissements de bains ou d'hydrothérapie de linges mal séchés, ou dont la peau, macérée par la sueur dans les régions inguinale, axillaire ou sous-mammaire, se prête, comme on le sait, au développement des champignons (1). La contagiosité est la cause occasionnelle la plus commune, puisque, je vous l'ai déjà indiqué, l'herpès tonsurant est, de toutes les dermatomycoses, la plus facilement transmissible. La contagion a lieu d'individu à individu et, par conséquent, on observe ordinairement plusieurs malades dans la même famille, de petites endémies lorsque plusieurs personnes habitent ensemble (dans les pensionnats, les casernes) (2). Ou bien la transmission a lieu par l'intermédiaire d'animaux, cheval, bêtes à cornes, chat, chien, lapin, chez lesquels la maladie existe avec les mêmes caractères (3) (Alibert, Bazin, Gerlach, Bärensprung, Köbner, Hebra, Michelson, etc.) (4).

Quoique l'aptitude à contracter l'herpès tonsurant soit plus générale que pour le favus, l'affection survient cependant beaucoup plus souvent chez les enfants que chez les adultes, et l'herpès tonsurant du cuir che-

---

(1) Aucune des conditions qui viennent d'être indiquées n'a de réalité, ni « les maisons humides », ni « les maisons mal aérées », etc. Si les « individus qui servent dans les maisons d'hydrothérapie » sont atteints, c'est seulement du trichophyton de la peau vague; et c'est parce qu'ils entrent en contact avec des linges contaminés par le trichophyton qu'ils contractent cette maladie, et non parce que ces linges sont humides.
ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Les coiffures, les objets de toilette, pour les enfants; le rasoir du barbier ou le peigne du coiffeur, etc., voilà encore une série d'agents de transmission du parasite très actifs, et qu'il faut signaler pour réunir tous les moyens de prophylaxie. E. B. — A. D.

(3) ... mais avec beaucoup moins de gravité et de durée.
E. B. — A. D.

(4) Voy. RAILLIET, *De la teigne tonsurante chez les animaux* — *Ann. de dermat.*, etc., 2e série, T. I, 1880, p. 232; Is. VINCENS, *Recherches expérimentales pour servir à l'histoire de l'herpès tonsurant chez les animaux* — Paris, 1874; MÉGNIN, *div. locis*, et *Société de biologie*, 18 décembre 1880, et *les Teignes chez les animaux domestiques, leur identité ou leur analogie avee celles de l'homme* — *Ann. de Dermat.*, 2e série, T. I, 1880, page 101. E. B. — A. D.

velu s'observe presque exclusivement chez les premiers (1). L'herpès tonsurant maculeux généralisé (2) est extrêmement fréquent à Vienne (3 à 5 pour 100 de toutes les maladies de la peau), on l'observe, au contraire, très rarement localisé au cuir chevelu (à peine 0,1 pour 100) (3).

Le diagnostic de l'herpès tonsurant du cuir chevelu est rendu facile par la présence des plaques dénudées caractéristiques, ou par l'existence de cercles squameux sur la limite des cheveux. Les tonsures de

---

(1) La trichophytie des parties glabres se rencontre *à tout âge*, ainsi que celle des parties velues du corps, de la barbe en particulier ; le vieillard n'en est pas exempt, mais il est rarement atteint : les jeunes sujets, et les adultes, en sont plus communément frappés.

Mais ce qui est tout à fait particulier au trichophyton, c'est que, dans le cuir chevelu, le parasite n'atteint vraiment le poil, le cheveu, que dans l'enfance et dans la première jeunesse; *après l'âge de quinze ans, en moyenne, la trichophytie s'éteint spontanément dans le cuir chevelu, lequel est devenu impropre à sa culture, même quand il n'a jamais été atteint auparavant.*

En vain, CELSO PELLIZARI — *loc. inf. cit.* — déclare-t-il avoir observé quelques cas chez des adultes; ou bien, sur des milliers de malades, en a-t-on vu, à Paris, deux ou trois exemples; l'extrême rareté de cette localisation chez l'adulte n'en reste pas moins une *loi*. Quelle est, en médecine, la *loi* qui pourrait présenter d'aussi infimes exceptions?

Chez les adultes, nous avons vu, nous aussi, des portions de cercles trichophytiques de la nuque, de la barbe, ou du front, *se continuer* dans le cuir chevelu, mais sans y déterminer de trichophytie *pilaire vraie;* nous avons relevé quelques très rares exceptions dans lesquelles on trouvait un très petit nombre de cheveux cassés et infiltrés ; mais jamais un seul cas *typique* de plaque bronzée, grenue, végétative, rebelle, comme celle de la trichophytie vulgaire des enfants.

En pratique, ces exceptions disparaissent de fait, et la connaissance de la *loi de l'âge* simplifie singulièrement le diagnostic courant en éliminant, à peu près certainement, à partir de la quinzième année, la possibilité de la trichophytie vraie du cuir chevelu.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Ce que l'auteur appelle « herpès tonsurant maculeux » *n'est pas* une affection trichophytique. Voy. plus haut, *notes* 1 et 2, p. 808, et *Appendice des Traducteurs*, p. 809. E. B. — A. D.

(3) Chose bien digne de remarque et inexpliquée — Voy. E. BESNIER, *Congrès de Dermatologie* de 1889, p. 217 — la trichophytie du cuir chevelu est extrêmement fréquente à Paris sur les jeunes sujets, et la trichophytie *isolée* des parties glabres est relativement rare.

Actuellement, la trichophytie du cuir chevelu est encore à Paris en voie de progression, tandis que le favus y décroît à ce point que l'existence d'un cas de favus né à Paris, *intra muros*, est positivement une rareté, en dehors des *très rares* cas de contagion manifeste imputables à un sujet venu du dehors. Dans la zone suburbaine, le favus reprend ses

l'alopécie en aires se distinguent facilement des précédentes par leur surface unie, *lisse* comme la peau d'une anguille, et par l'absence de tronçons de cheveux (1) ; les plaques du lupus érythémateux se différencient par la dépression cicatricielle de leur centre (2).

Si l'affection occupe toute l'étendue du cuir chevelu, on pourrait la confondre avec l'eczéma squameux, la séborrhée, le psoriasis, et ce n'est

---

droits. Ce qui est vrai pour Paris est vrai pour toutes les villes : teigne tondante à la ville, favus dans la campagne. L'observation, pour n'être pas neuve, n'en est pas moins remarquable.

E. B. — A. D.

(1) Il existe des variétés d'alopécie en aires (de pelade) dans lesquelles les cheveux, *fragilisés*, se cassent à peu de distance de la peau, ou bien dans lesquelles les cheveux, cadavérisés, ayant perdu toute adhérence, paraissent, après la rasure, par exemple, assez semblables à des cheveux trichophytiques, restant ainsi immobilisés pendant plusieurs mois. Ces variétés constituaient ce que Bazin avait, à tort, appelé pseudo-pelade, et ce qui, selon la judicieuse remarque de Lailler, serait plus justement dénommé pseudo-tondante. Mais ces formes doivent conserver le nom que nous leur avons donné de *pelade à cheveux fragiles*, pelade à cheveux cadavérisés. Le diagnostic clinique et micrologique est toujours facile ; dans la pelade à cheveux cassés, on peut, avec le soin convenable, arracher le cheveu à la pince sans le casser, et on ne peut l'*écraser* entre les mors de la pince, comme cela arriverait s'il s'agissait d'une trichophytie; et dans la pelade à cheveux cadavérisés, les cheveux non atrophiés viennent à la pince comme s'ils étaient simplement implantés dans de l'axonge.

De plus, le centre de la plaque est lisse, éburné ; en aucun point, on ne trouve ni les follicules saillants, ni l'aspect gris de barbe récemment et mal rasée ; enfin, l'examen histologique le plus élémentaire lève tous les doutes — Voy., *note des Traducteurs*, p. 178.

Plusieurs auteurs étrangers, faisant par cela même preuve d'une connaissance imparfaite des affections du cuir chevelu, insinuent, ou écrivent ouvertement, à propos de ces faits, que nous avons pris pour des « alopécies en aire » des cas de trichophytie avec alopécie. Nous sommes au-dessus de ces contestations. Quand nous décrivons la *pelade à cheveux fragiles*, nous n'avons pas besoin de déclarer qu'il n'y a pas de trichophyton en cause, et que nous ne confondons pas les trichophyties avec pelade, ou *peladoïdes*, avec la *véritable* pelade à cheveux fragiles. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) L'âge des sujets atteints de lupus érythémateux se prête peu à la confusion, car il n'est pas le même que celui de la trichophytie du cuir chevelu ; objectivement la remarque n'en n'est pas moins juste, et certaines plaques de lupus, avant la cicatrice, pourraient, un moment, donner le change à un observateur non prévenu.

E. B. — A. D.

que par la démonstration microscopique du parasite que l'on peut établir le diagnostic scientifique (1). A l'encontre du favus, il faut noter que l'herpès tonsurant, même abandonné à lui-même, ne donne jamais lieu à des godets.

Il est à peine possible de méconnaître l'herpès tonsurant vésiculeux des parties non recouvertes de poils, et ce n'est que lorsqu'il siège sur la face dorsale des mains qu'il faut le différencier de l'herpès circiné (T. Ier, p. 359 et 471); mais ce dernier existe toujours des deux côtés et se trouve constamment combiné avec d'autres formes de l'érythème exsudatif polymorphe (2). Dans ce cas cependant, la constatation du champignon est parfois nécessaire. La forme des cercles rouges, squameux, crée souvent des difficultés par rapport aux cercles isolés de la syphilis et du psoriasis annulaire. L'herpès tonsurant maculeux ressemble en effet beaucoup à son début, du troisième au quatrième jour, à une éruption aiguë généralisée de psoriasis ou même de roséole. Dès que l'on peut reconnaître les petites squames minces centrales des plus petites taches et papules, le diagnostic est évident. On comprend difficilement dès lors qu'on ait pu si souvent confondre cet herpès avec la

---

(1) Cela doit s'entendre du diagnostic *extemporané*, car après avoir déblayé la tête et mis les surfaces au clair, le diagnostic clinique est toujours possible; il peut être obscurci par les altérations d'un eczéma, d'un impétigo concomitant, ou par la dermite qui résulte d'applications irritantes intempestives; mais, la complication une fois dégagée, l'affection apparaît dans toute son évidence. On peut, en outre, faire le contrôle par la culture, et par l'inoculation expérimentale.

E. B. — A. D.

(2) L'herpès circiné véritable — nous ne parlons pas des érythèmes polymorphes, mais de l'herpès *vrai* — est très rare; il n'est ni bilatéral, ni symétrique. Voilà encore, dans cette confusion de choses, la démonstration de la nécessité d'abandonner le terme d'herpès, quand il s'agit des altérations de l'érythème polymorphe. L'érythème trichophytique, même le plus fortement vésiculeux (et il l'est communément à la main et sur l'avant-bras), ne s'accompagne pas de l'hyperesthésie propre à l'herpès vrai, pas plus que des troubles de sensibilité de voisinage qui appartiennent à l'herpès; l'adénopathie qu'il entraîne est presque nulle; sa tolérance pour les irritants, extrême. Quel que soit son degré, une application énergique de teinture d'iode ne détermine aucune vive irritation locale, et suffit le plus souvent pour arrêter complètement son développement. Dans ces cas en particulier, on trouve le trichophyton non seulement dans le point visiblement altéré, mais on peut le rencontrer encore dans les poils follets de la périphérie, en dehors de la lésion proprement dite. Cette démonstration a été fournie pour le cas typique dont l'un de nous a fait déposer le moulage en 1873 dans le musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 268. E. B. — A. D.

roséole syphilitique, qui en diffère suffisamment déjà par l'absence de desquamation (1).

Quant au traitement de l'herpès tonsurant, les conditions et les indications sont essentiellement, en partie du moins, les mêmes que celles du favus. Ceci est vrai notamment pour l'herpès tonsurant du cuir chevelu, dans lequel, comme dans le favus, il s'agit de détruire les éléments parasitaires végétant dans les follicules et dans les cheveux (2). Le traitement est donc ici le même : ramollissement, enlèvement, lavage des masses squameuses à l'aide de l'huile, de savons, de douches, épilation des cheveux malades et application de liquides, d'huiles, de pommades parasiticides. Il faut faire chaque jour l'épilation avec la pince, car il est impossible de saisir autrement les cheveux qui sont cassés courts. Parmi les solutions indiquées dans le traite-

---

(1) Le lecteur se rappelle que l' « herpès tonsurant maculeux » *n'est pas* une efflorescence trichophytique — Voy. note 1, p. 808 et *Appendice des Traducteurs*, p. 809. E. B. — A. D.

(2) L'indication première GÉNÉRALE du traitement de la trichophytie est la même que celle que nous avons établie pour toutes les affections parasitaires sans exception et que nous avons formulée dans les notes de la première édition de cette *traduction*, T. II, p. 436, note 1, dans les termes suivants :

Des différences considérables séparent la trichophytie du cuir chevelu du favus de la même région, au point de vue du traitement, et elles sont bien propres à démontrer la réalité de notre proposition, à savoir que *la durée du traitement d'une affection parasitaire est proportionnelle à la durée nécessaire à l'avulsion du parasite.* Dans l'épiderme, que ce soit le favus, le trichophyton, le microsporon, etc., la guérison est toujours rapide à l'aide de l'élimination des couches épidermiques mycosiques, obtenue avec le savon mou de potasse, par exemple, et sans aucune intervention de parasiticide proprement dit. S'agit-il, au contraire, d'un parasite occupant le cheveu, si ce cheveu peut être avulsé par la pince, la guérison est sinon très rapide, du moins obtenue dans un temps déterminé qu'on peut affirmer *à l'avance.* Tel le favus.

A-t-on, au contraire, affaire à un parasite altérant profondément le poil au point que celui-ci se rompt quand la pince le saisit, la durée de la maladie est INDÉTERMINÉE, quels que soient les agents parasitaires employés. Tel est le trichophyton des cheveux et des poils à développement complet.

Pour les poils complètement envahis par le trichophyton, l'épilation est absolument impossible ; elle n'est réalisable que pour les poils atteints au premier degré. Nous préciserons tout à l'heure le mode d'action, la valeur, les indications précises de l'épilation dans la trichophytie du cuir chevelu.

En exposant les progrès réalisés depuis cette époque dans le traitement de la trichophytie, nous verrons que ces principes conservent toute leur valeur.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

ment du favus, je vous recommanderai d'employer chaque jour, et en les alternant, dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu, outre les solutions alcooliques et éthérées d'acide phénique et d'acide salicylique, le sublimé, le soufre, etc., principalement la teinture de hêtre et un mélange composé de :

Huile de hètre	15	grammes.
Alcool de savon de potasse	25	—
Lait de soufre	10	—
Alcoolat de lavande	50	—
Baume du Pérou	1	gr. 50
Naphtol	0	gr. 50

Si l'affection occupe une certaine étendue, il faut au moins trois à six mois pour obtenir la guérison. On la constatera par la disparition de la rougeur cutanée et de la desquamation, et la pousse régulière de cheveux épais et solides (1).

---

(1) La durée du temps nécessaire à la guérison VRAIE de la trichophytie du cuir chevelu est toujours *longue*, à cause de la difficulté d'éliminer le parasite intra-folliculaire soit mécaniquement, soit par une irritation cutanée qui reste inoffensive pour la conservation de la papille pilaire et de sa fonction. Cette durée, qui se compte toujours par *mois*, est quelquefois beaucoup plus longue dans des conditions d'incurie particulière, ou chez des sujets dont l'irritabilité cutanée met obstacle à toutes les médications. Dans tous les cas, elle est liée à l'étendue de la maladie au moment où le traitement est commencé, et à la *manière* dont la médication, quelle qu'elle soit, est appliquée.

La *guérison* de la trichophytie du cuir chevelu ou de la barbe, GUÉRISON VRAIE, ne peut être *constatée* que par un examen histologique, ou par la culture, et ne peut être *confirmée* que par la *répétition* de l'examen des malades déclarés guéris *dans les mois qui suivent* cette déclaration. Toute statistique de guérisons doit donner ces garanties. Lorsqu'on s'astreint, comme nous le faisons dans notre laboratoire de clinique, à ne donner de certificat de guérison qu'à ceux des sujets traités dont un examen histologique attentif, *et réitéré après des délais de deux ou trois mois*, ne constate plus la présence du trichophyton, on reconnaît que, par toutes les méthodes de traitement sans exception, la guérison vraie de la trichophytie du cuir chevelu ou de la barbe, réclame toujours un temps assez long, *très variable* selon le traitement employé, les conditions individuelles, surtout selon le soin apporté à la médication, quelle qu'elle soit. A égalité de médication, de soins, de surface envahie, il existe encore des *différences individuelles* qui ne permettent jamais de *prédire* avec certitude la durée du traitement qui sera nécessaire à un cas donné en particulier.

Pratiquement, nous distinguons avec soin deux guérisons : la guérison APPARENTE, *guérison clinique*, dans laquelle les cheveux ont repoussé, et la maladie semble guérie, et la guérison RÉELLE, *guérison histologique*.

A la vérité, la guérison clinique est quelquefois suffisante POUR L'INDIVIDU ATTEINT qui, dans la trichophytie, maladie à évolution favorable spontanée, auto-vaccinante, non récidivante (si on ne confond pas les récidives avec les rechutes), peut se *terminer seule*, d'une manière favorable, quand elle est arrivée à un certain point de sa courbe. Mais si cette guérison est suffisante *pour l'individu*, elle ne l'est pas pour les sujets avec qui il va être remis en contact, et à qui, aussi longtemps qu'il conserve un poil trichophytique, il peut transmettre la maladie.

Cette confusion entre la guérison clinique et la guérison histologique est la cause fondamentale de la pérennité des endémies trichophytiques des villes, et aussi longtemps qu'on n'en voudra pas tenir compte, on n'arrivera pas à l'extinction de la maladie.

Le traitement et la prophylaxie de la trichophytie du cuir chevelu ont une importance considérable; ils réclament des développements qui nécessitent l'addition de l'*Appendice* suivant.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

TRAITEMENT DE LA TRICHOPHYTIE DU CUIR CHEVELU

I

I. — S'il fallait, une fois de plus, établir cette vérité, toujours oubliée, que l'on ne peut assimiler les phénomènes observés dans le tube à expériences, ou même sur les animaux, à ceux qui sont propres à l'homme, l'étude thérapeutique de la trichophytie humaine y suffirait amplement.

S'agit-il de détruire dans un matras de culture la germination et la vie du trichophyton? Rien de plus aisé : VÉRUJSKI — *loc. sup. cit.*, p. 390 — introduit dans le matras de culture une éponge imprégnée de l'une des substances suivantes : *essence de térébenthine*, *chloroforme*, *acide acétique*, *ammoniaque*, *teinture d'iode*, *essence de Wintergreen*, et la tient *à distance* de la surface du liquide; voilà qui suffit pour empêcher le développement du microphyte, ou pour l'arrêter s'il est commencé.

Mais si vous prenez les mêmes substances en nature, à dose massive, et si vous en saturez *sur l'homme*, comme vous le pouvez faire avec la teinture d'iode, la plaque de trichophytie pilaire, vous n'obtiendrez plus rien, à moins que les applications ne déterminent une vive phlegmasie, et une expulsion mécanique d'une partie plus ou moins grande du trichophyton.

Si vous ajoutez dans le matras au liquide de culture un *cinq-millième* de sublimé, un *deux-millième* d'acide phénique de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, un *quatre-millième* de borate de soude, voilà encore la germination du trichophyton enrayée *dans le matras*.

Appliquez toutes ces substances à ces doses, et à toutes doses non

destructives des tissus vivants sur le cuir chevelu de l'homme, et vous n'obtiendrez rien.

Cependant les expérimentateurs ne sont pas découragés par ces résistances spéciales, qu'ils connaissent, et voici comment Vérujski s'exprime à cet égard — *loc. sup. cit.*, p. 391.

« La sensibilité du trichophyton et de l'achorion vis-à-vis de ces diverses influences témoigne que si la teigne et le favus sont si rebelles, *ce n'est pas que le champignon soit si difficile à tuer*, c'est qu'il est difficile à atteindre dans la gaine du poil dont l'orifice est bouché par les filaments (?) ou les produits de desquamation, et dont l'intérieur est protégé par les phénomènes de capillarité qui empêchent la pénétration des liquides. »

Cet argument n'a pas la valeur qu'il semble avoir; le trichophyton du poil humain n'est pas dans un état morphologique, ni dans un état d'alimentation, semblables à ceux du trichophyton contenu dans le matras. Cf. H. Leslie Roberts, Observ. on the artif. cultiv. of the Ringworm fungus — *The brit. med. Journ. of Dermat.*, 1889, p. 359. De plus, si l'on prend une des substances, mercurielles ou autres que l'auteur indique, et qu'on les fasse pénétrer par friction, à doses massives, dans la peau, on pourra s'assurer que le mercure arrive bien réellement, comme l'iode, etc., dans la profondeur des tissus sans y détruire le trichophyton. Faites, si vous voulez, des frictions mercurielles sur le cuir chevelu entier jusqu'à salivation, ce qui montrera bien que le mercure a traversé le tégument, et cependant la teigne ne sera pas guérie.

Pratiquez l'épilation de tous les poils non encore fragilisés; ruginez la surface des plaques trichophytiques à fond comme l'a pratiqué Quinquaud, opération qui laisse largement béants, débarrassés de leur cuticule, tous les *infundibula* pilaires. Appliquez sur ces surfaces ouvertes, béantes, les antiseptiques les plus puissants du laboratoire, aux doses les plus élevées que peuvent supporter, *sans se détruire*, la cellule vivante et le follicule; renouvelez incessamment ces ruginations et ces applications « parasiticides », couvrez en permanence cette surface d'une couche d'onguent hydrargyrique, et il faudra encore *plusieurs mois* avant d'avoir « arrêté le développement » de ce même parasite que sidère l'addition, au liquide du matras, d'un cinq-millième de sublimé.

« Mais — dit Vérujski — il y aurait intérêt à essayer l'action des *vapeurs*, qui, par diffusion, pénètrent partout, et surtout celles des vapeurs acides, tels que celles de l'acide acétique, auxquelles les deux champignons (favus et trichophyton) sont particulièrement sensibles. Des essais dans ce sens ont été faits par M. Lailler à l'hôpital Saint-Louis, à la demande de M. Duclaux. Nous ne savons pas ce qu'ils ont donné ; mais c'est un sujet à reprendre. »

Les essais n'ont rien donné, et on n'a pas jugé qu'il y avait lieu de les reprendre.

Cette question avait déjà été traitée *ex professo* par P. Aubert — Des conditions que doit remplir un parasiticide pour le traitement des teignes — *Lyon médical*, 1880, T. XXXV, p. 174.

« Aux pommades et solutions, dit Aubert, on doit préférer les prépara-

tions sèches, par exemple un tissu imprégné de la substance active et la laissant dégager d'une façon lente et continue; Lister, en créant la gaze antiseptique, nous paraît avoir trouvé la forme la meilleure, et c'est une forme analogue plus ou moins modifiée qui doit être adaptée au traitement des teignes. Les excipients pulvérents peuvent aussi être employés.

« En résumé donc, le parasticide à employer doit être volatil, soluble de préférence; et il faut lui donner une forme pharmaceutique qui permette à ses vapeurs d'arriver librement sur une tête sèche, propre, bien nettoyée et nullement barbouillée d'onguents ni de pommades. C'est dans cette voie qu'il convient d'expérimenter et que nous poursuivons quelques essais théoriques et cliniques. C'est ainsi, nous semble-t-il, qu'il y a quelque chance, soit d'apporter à l'épilation un adjuvant utile et non un concours illusoire, soit peut-être, ce qui serait le plus grand progrès à réaliser dans le traitement des teignes et en particulier du favus, de supprimer l'épilation. »

II. — En ce qui concerne l'action « parasiticid » de l'*acide acétique*, elle avait été supposée, et appliquée, bien avant les recherches de laboratoire. En 1823, Ch. Josef Berres — Ueber die Holzsaüre und ihren Werth zum Gebrauche für Aerzte, Wundärzte, Chemiker, Oekonomen und Technologen, Wien, 1823, p. 152-154 — avait écrit ce qui suit :

« ... Non moins que dans les affections précédentes, l'acide pyroligneux exerce dans cette maladie (*Tinea, porrigo* de Willan) une action spéciale, souvent tout à fait remarquable. J'ai vu, dit l'auteur, disparaître en peu de temps pendant le traitement avec cet acide la teigne qui martyrise extrêmement les malades (*Tinea, porrigo* de Willan), non seulement celle de date récente, mais encore celle qui résiste pendant des années à tous les remèdes, et dans les points où le cuir chevelu n'était pas trop altéré par les cicatrices, revenir une épaisse chevelure. »

D'autre part, avant cette époque, et depuis, l'acide acétique pur, ou incorporé à d'autres liquides, ou à des onguents, n'a pas cessé d'être employé dans le traitement des teignes, et surtout de la teigne tonsurante; en Angleterre notamment, ses indications ont été nettement précisées, et on l'a appliqué, comme il doit être, non pas indistinctement dans les teignes et sur toute la surface du cuir chevelu, ni comme moyen exclusif, mais concurremment avec l'épilation et d'une manière méthodique, au niveau des parties malades seulement.

En 1882, Cramoisy, médecin à Paris, soumit au jugement de l'Académie de médecine, une note intitulée : *Traitement des teignes*, dans laquelle l'auteur exposait son procédé qui consistait à frictionner énergiquement pendant quelques minutes, trois jours de suite, la tête entière des enfants atteints de « teigne » avec un pinceau rude de soies de sanglier imprégné d'un liquide composé d'acide pyroligneux 1000, oxyde rouge de mercure 1, acide salicylique 2. Nous avons dû y renoncer bientôt par humanité — cette médication était extrêmement douloureuse — et par suite d'insuccès absolus aussi bien dans le favus que dans la trichophytie. Voy. E. Besnier, Consid. s. les affections parasitaires en général, et sur leur traitement — *Bullet. de l'Acad. de méd.*, janv. 1884.

Il est impossible que, dans toutes ces applications, les émanations de vapeurs acides n'approchent pas le trichophyton d'aussi près que celles

de l'éponge suspendue à la surface des liquides de culture de Verujski, et d'ailleurs toutes les tentatives faites pour faire agir les vapeurs ont été sans succès. Voy. E. VIDAL — *Congrès internat. de Dermat. de Paris*, 1889, p. 214.

III. — On n'a pas été plus près du but dans les tentatives ayant pour objet théorique la soustraction de l'air atmosphérique : VIDAL, ayant vu des cas de guérison de trichophytie survenir à la suite de l'enveloppement gras et imperméable du cuir chevelu, en conclut que le trichophyton devait être *aérobie*, et il fut confirmé dans cette conviction par les expériences de culture faites à sa demande par MARFAN — *Congrès de Paris de* 1889, p. 215.

Médication de VIDAL. — Instituée sur cette base, la médication consiste à tenir la tête des teigneux, dont les cheveux ont été coupés ras, sous un bonnet imperméable, après avoir fait des frictions d'essence de térébenthine sur la tête et de teinture d'iode sur les points envahis ; cette dernière application est quelquefois remplacée par lui par l'emplâtre de Vigo. On fait ensuite matin et soir une onction de vaseline iodée.

Nous renouvellerons, à cette occasion, toutes les réserves que nous avons posées plus haut sur l'application des observations faites dans le matras de culture avec celles qui se rapportent au trichophyton pilaire inclus dans le follicule. Les gaz qui peuvent servir à son existence, et qui lui sont soustraits dans le matras, lui peuvent arriver par d'autres voies que celles de la surface cutanée. On remarquera, d'autre part, que ce traitement n'est pas exclusivement basé sur l'*occlusion*, et qu'il comprend largement les iodiques, le mercure, la térébenthine.

S'il ne s'agissait que d'empêcher le contact de l'air à la surface de la peau pendant un espace de temps déterminé, on y arriverait aisément par des moyens plus simples. Or, il y a déjà longtemps que nous avons imperméabilisé les surfaces trichophytiques ou faviques avec toutes les traumacines simples ou médicamenteuses, sans avoir obtenu rien qui indiquât que cette imperméabilisation eût quelque action favorable sur la curation.

C'est une médication très analogue que HALLOPEAU emploie actuellement dans sa division à l'hôpital Saint-Louis.

Médication de HALLOPEAU. — Cheveux ras. Tête savonnée chaque matin avec du savon mou de potasse ; friction excitante composée d'alcool camphré 125, essence de térébenthine 25, ammoniaque liquide 5 ; une demi-heure après, application de vaseline iodée à 1 p. 100, et une seconde à la fin de la journée. Bonnet de caoutchouc toute la journée.

Sur les médications occlusives et mécaniques, Cf. AMBR. BERTARELI, Cura e Profilassi della Tigna — *Bollet. d. poliambulanza*, Milano, 1890.

II

Dans la médication suivante, qui appartient à QUINQUAUD, on remarquera surtout un élément qui en est le point vraiment neuf, la RUGINATION de la plaque trichophytique, laquelle constitue, comme nous

l'avons déjà dit, un excellent moyen de *suppléer* à l'épilation, qui est inapplicable *sur la plaque malade pendant la période d'état*, à cause de la fragilité des poils envahis par le trichophyton.

Médication de Quinquaud. — On lave la tête d'abord avec du savon, puis avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, puis on coupe les cheveux très courts avec des ciseaux, ou bien on les rase en ayant soin de bien nettoyer tout le cuir chevelu avec une solution parasiticide aussitôt après la rasure.

« Cela fait, on pratique sur les plaques grisâtres légèrement saillantes un grattage assez énergique avec une sorte de curette de forme particulière que j'ai fait fabriquer à cet effet. A l'aide de ce raclage, on met le derme à nu, et on entraîne mécaniquement les squames superficielles, et avec elles des cheveux brisés, malades, et une certaine quantité de végétations trichophytiques de l'épiderme.

« Il faut avoir soin, pendant le grattage, de ne pas étaler les produits enlevés sur le reste de la tête, car on pourrait ainsi ensemencer du trichophyton sur différents points.

« Ce grave inconvénient est facilement évité avec un peu d'habitude. D'ailleurs, les opérations ultérieures rendent presque impossible une contamination de ce genre.

« Chez les enfants pusillanimes ou sensibles, il est bon d'insensibiliser les plaques trichophytiques avant le grattage à l'aide d'une pulvérisation de chlorure de méthyle ou simplement du stypage.

« Aussitôt après le raclage, on lotionne toute la tête et plus particulièrement les parties atteintes avec la solution suivante :

Biiodure d'hydrargyre	0,15 centigr.
Bichlorure d'hydrargyre.	1 gramme.

Mêler dans un mortier et ajouter pour dissoudre :

Alcool à 90°.	40 grammes.
Eau distillée	250 —

« Après cette lotion, on applique sur les placards envahis par le trichophyton des rondelles d'un emplâtre mixte ainsi composé :

Biiodure d'hydrargyre	0,15 centigr.
Bichlorure d'hydrargyre.	1 gramme.
Emplâtre simple	250 —

« A l'aide de ces emplâtres qui sont d'excellents isolants, on empêche la dissémination du trichophyton, et on le maintient en contact permanent vec les parasiticides.

« On enveloppe alors la tête de l'enfant avec un linge de toile et on la maintient ainsi pendant quarante-huit heures.

« Au bout de ce temps, on enlève l'emplâtre, on savonne la tête, et on fait une friction générale avec la lotion mixte déjà formulée. On renouvelle l'emplâtre, et l'on répète ces diverses opérations tous les deux jours jusqu'à guérison.

« Si celle-ci se fait un peu attendre, on peut pratiquer l'épilation ou gratter encore une ou deux fois.

« Le traitement ainsi employé ne provoque généralement pas d'irritation : il y a quelquefois un peu de rougeur, mais celle-ci disparaît rapidement, et si, dans quelques cas rares, il se produit de petites pustules, il suffit de diminuer le titre de la solution et de l'emplâtre mixte pour éviter leur réapparition.

« Depuis un an que ce mode de traitement est appliqué d'une façon méthodique à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, le chiffre des guérisons a décuplé, et j'ai enregistré cent vingt guérisons pour la dernière année, tandis qu'on n'en comptait guère plus d'une dizaine dans le cours des années précédentes.

« Il est bien entendu qu'il s'agissait de guérisons définitives, et que j'ai revu les enfants bien guéris plusieurs mois après leur départ de l'école.

« La durée du traitement oscille entre trois et cinq mois.

« Mais pour obtenir de pareils résultats, il importe que le traitement ne subisse pas d'arrêt. Il est indispensable que les soins donnés aux enfants le soient d'une manière très régulière. Si cette régularité fait défaut, on ne peut espérer des guérisons aussi rapides, et cela s'explique facilement si l'on veut bien songer que quelques jours de négligence peuvent faire perdre tout le bénéfice du traitement de un et même deux mois par suite de la repullulation du trichophyton dont on n'avait fait qu'enrayer la marche. »

Cf. Butte, Congrès internat. de Dermat., Paris, 1889, p. 191 ; G.-A. Carrère, Étude s. le trait de la Teigne tondante, *Thèse de Paris*, 1890.

III

Voici maintenant une médication qui serait *la plus rapide* si les résultats obtenus par les autres observateurs concordent. Car alors que nous demandons encore plusieurs mois, trois à six en moyenne pour la guérison de la trichophytie du cuir chevelu, quatre à six semaines seraient suffisantes. L'auteur est Unna, Zur Behandlung der Trichophytia capitis — *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1889, tome IX, p. 543.

Médication de Unna. — Unna fait couper (non raser) les cheveux courts chez tous les enfants, même s'il n'existe que quelques plaques, car pendant le traitement on constate qu'il y a toujours plus de cheveux malades qu'on ne le supposait au premier abord. Il en est naturellement de même des cas dans lesquels il n'y a pas de places chauves, mais où on n'observe que des tronçons de cheveux disséminés. Ensuite on badigeonne avec de la colle de zinc une zone correspondante au front comprenant les oreilles et s'étendant sur la région des tempes et de la nuque. Puis on applique sur tout le cuir chevelu une pommade concentrée de chrysarobine, par exemple l'onguent de chrysarobine composé (Unna) :

Chrysarobine.	5	grammes.
Acide salicylique	2	—
Ichthyol	5	—
Onguent simple.	100	—

Ou encore une pommade de chrysarobine de 5 à 10 p. 100.

On recouvre ensuite le cuir chevelu avec un bonnet imperméable (toile cirée, papier de gutta-percha, etc.), on étend de la colle sur le bord de ce bonnet, par-dessus on fixe une bande de tarlatane et enfin on applique un bonnet de flanelle ou de toile cirée qu'on fixe solidement avec des bandes.

Toutes les vingt-quatre heures on enlève le bonnet, on coupe l'enveloppe imperméable d'un côté et, après l'avoir soulevée, on essuie la tête et on applique de nouveau une couche de pommade, on ferme les ouvertures avec des bandes de tarlatane et on fixe le bonnet. Si l'on a réellement procédé avec prudence, le quatrième jour, quand le premier cycle de chrysarobine est terminé, il n'y a que le bord le plus supérieur de la bande de colle de zinc qui doive être coloré en jaune, autrement dit souillé par la chrysarobine. On évite ainsi que les yeux soient en contact avec la chrysarobine, car

sur le fond blanc de la bande toute trace de chrysarobine apparaîtrait immédiatement. La moitié inférieure de la bande et toute la région des yeux ne présentent jamais la coloration accentuée de la chrysarobine. Si une souillure plus marquée de la bande dénotait la négligence d'un infirmier, il suffirait d'essuyer la place contaminée, de la recouvrir d'une nouvelle couche de colle pour éviter tout accident.

Avec ce pansement on peut laisser les enfants sans inconvénient jouer, dormir et aller à l'école. Ils ne peuvent ni contagionner, ni être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Le quatrième jour, on enlève le bonnet, on essuie la chrysarobine et on la remplace par une pommade d'ichthyol à 5 p. 100 qui a pour but, dans les trois autres jours de la première semaine, de provoquer rapidement et sans irritation la chute de la couche cornée qui a subi l'action de la chrysarobine et de rendre à la peau sous-jacente sa coloration naturelle. On peut, au lieu de la pommade d'ichthyol, appliquer des compresses imbibées d'une solution aqueuse d'ichthyol à 5 p. 100 ou encore une pommade sulfureuse à la même dose, mais cette dernière préparation est moins efficace. On renouvelle ces onctions chaque jour une fois pendant les trois jours.

Ce n'est qu'à la fin de la première semaine qu'on peut sans danger laver (sans toucher à la face) les bandes de colle de zinc et nettoyer à fond toute la tête avec de l'huile et du savon. Les parties malades de la tête se détachent alors nettement par leur coloration blanche des parties saines environnantes comme dans d'autres dermatoses (eczéma séborrhéique, psoriasis) et frappent souvent par leur nombre inattendu. Sur toutes ces places on épile — comme avant de commencer le traitement — quelques tronçons de cheveux, en tout une vingtaine, pour les examiner au point de vue parasitaire.

Puis on commence le deuxième cycle qui dure de nouveau une semaine et en suivant le même mode que la première fois. Nouvel examen des tronçons de cheveu pour constater les progrès obtenus.

Un troisième et un quatrième cycle achèvent d'ordinaire le traitement. Jusqu'à présent, l'auteur n'a pas trouvé qu'il fût nécessaire d'avoir recours à un cinquième cycle. La durée totale du traitement préconisé par Unna est donc de quatre semaines. Peut-être que des cas très anciens et graves, comme on en observe dans les cliniques de Londres, exigeraient une cinquième ou au plus sixième semaine de traitement. Mais ce résultat serait encore très éloigné de ceux des meilleurs dermatologistes de Londres, qui ont l'habitude d'estimer toujours à plusieurs mois le traitement des cas de gravité moyenne et qui parlent de traitements ayant duré des années.

Mais si Unna se hasarde à affirmer qu'il est possible de guérir ainsi rapidement et sûrement la trichophytie, cela tient aux résultats des cultures de champignons continuées pendant toute la durée du traitement.

Il en coûte peu d'arracher, avant et après le traitement et à la fin de chacun des cycles, quelques cheveux suspects et de les porter dans des tubes de gélatine agar. Avant la fin de la semaine suivante et au début d'un nouveau cycle de chrysarobine, on est en mesure, d'après le résultat de la germination, de déterminer exactement si un progrès, dans le sens d'une amélioration, s'est produit. On constate, en effet, si l'on emploie la méthode ci-dessus, un progrès de semaine en semaine, jusqu'à complète stérilité des cheveux lors du quatrième ensemencement.

Ce procédé de vérification du résultat du traitement par la culture de quelques tronçons de cheveux est si simple et si probant qu'on doit le conseiller à tous les dermatologistes pour leur propre tranquillité.

L'auteur n'a pas observé de récidives après le traitement à la chrysarobine.

On sait que certains sujets ont une peau très sensible à l'action de la chry-

sarobine, qu'une seule application provoque une vive rougeur et de l'œdème. Or le cuir chevelu ne réagit en général que très lentement sous l'action de ce médicament, mais il peut se produire exceptionnellement, même sur le cuir chevelu, après deux à quatre onctions, un œdème avec vésicules superficielles. On laisse alors la peau desquamer en faisant usage d'une solution aqueuse d'ichthyol à 5 p. 100, et la fois suivante on emploie une pommade, notablement plus faible (1 p. 100), ou encore une pommade de chrysarobine préparée avec de l'onguent de zinc. Les résultats sont également satisfaisants ; mais si l'on surveille attentivement l'action irritante de la chrysarobine, ces cas guérissent, d'après ce qu'il semble à l'auteur, plus rapidement encore que les autres.

Cf. v. SEHLEN, Ergeb. d. bakteriol. Untersuch. b. d. Chrysarobinbehandlung d. Trichoph (Herpes tonsurans) — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1889, tome IX, p. 547.

IV

Il n'aura pas échappé au lecteur, que tous ces traitements réclament, de la part de ceux qui les appliquent, une compétence spéciale, et une assiduité qui exige la présence permanente dans l'hôpital, la policlinique, ou au moins la venue quotidienne.

En fait, à égalité de procédé, le plus rapide est celui qui est le plus directement et le mieux appliqué. Avec une discipline sévère, une antisepsie fervente, à l'aide d'infirmiers bien dressés et surveillés sans relâche, on peut aujourd'hui, à l'exemple de Quinquaud, réduire considérablement la durée du traitement, mais — *on ne doit pas l'oublier* — la même médication, mise en œuvre par des personnes inexpérimentées, ou dépourvues d'une surveillance sans relâche, ne mènerait pas aux mêmes résultats.

D'autre part, tous les parents ne consentent pas à hospitaliser leurs enfants, et ne peuvent les amener chaque jour aux policliniques ; quelques malades n'ont, sur le cuir chevelu, qu'une trichophytie trop limitée pour légitimer systématiquement le traitement étendu à tout le cuir chevelu. Enfin, les enfants peuvent être éloignés d'un centre qui leur permette de venir se faire soigner quotidiennement.

C'est pour parer à quelques-uns de ces inconvénients, ou de ces *desiderata*, que nous avons institué la médication suivante qui ne soustrait pas — cela est impossible — le malade à l'action du médecin, mais dans lequel l'action de l'infirmier spécial peut être intermittente, et remplacée, dans quelques cas, par l'assistance des parents.

Médication de E. BESNIER : I. — Les cheveux doivent être coupés ras, *aux ciseaux*, NON à la tondeuse, ni rasés, pour éviter les auto-inoculations faites par le rasoir et les transmissions secondaires au patient, ou aux sujets sains par la tondeuse qui est un des agents de propagation les plus actifs de la trichophytie et de la pelade, etc. Pendant toute la durée du traitement, et pendant la *période d'observation* qui doit suivre la guérison, les cheveux seront coupés ras, et maintenus ras sur toute la tête.

II. — On séparera, sur toute la tête, les parties saines des surfaces malades par une zone d'épilation, zone de protection et de surveillance, qui doit être entretenue jusqu'à guérison entière du centre malade.

Quand cette mesure a été exécutée correctement, il est tout à fait exceptionnel que les plaques malades s'agrandissent, et même qu'il s'en produise de nouvelles. Le médecin a, en outre, sous sa vue, la plaque malade dans toute son étendue; et il peut lui appliquer, avec sûreté, et avec méthode, la médication, quelle qu'elle soit, qu'il a adoptée.

III. — Cela fait, le moment est venu d'éliminer, à l'aide de la curette, d'une raclette, d'une lame désarticulée de ciseau de trousse ordinaire, etc., tous les cheveux trichophytiques du centre de la plaque, et tous les détritus de toute sorte qui peuvent y être accumulés, après avoir fait, sur la plaque, une onction de vaseline qui facilitera beaucoup la rugination, empêchera les produits du grattage de se répandre sur les parties saines.

Le *premier temps* de cette opération doit être fait sans effusion sanguine, c'est-à-dire assez doucement. Dans un *second temps*, après avoir lavé la plaque à l'aide d'une boulette de coton stérilisé, imprégnée du liquide suivant :

Alcool à 90°.	100 grammes.
Acide borique.	1 —
Chloroforme	5 —

on procède à une seconde rugination qui doit la déblayer complètement. Cette rugination est un peu sanglante, un peu douloureuse, mais si elle est bien exécutée, son action est décisive; en l'appliquant, Quinquaud a rendu un service réel au traitement de la trichophytie du cuir chevelu. La rugination complète terminée, si l'on examine à la loupe la surface ruginée — après avoir par quelques instants de compression faite avec du coton stérilisé, arrêté l'écoulement de sang — on voit tous les *infundibula*, qui étaient tout à l'heure bourrés de trichophyton pilaire, devenus libres, ouverts, béants, et tout à fait aptes à recevoir l'application du médicament topique quelconque que l'on croit devoir adopter.

Mais si l'on veut faire tout le nécessaire, il faut, en outre, avulser, avec une curette ou une raclette à lupus, ou avec le sommet du ciseau de trousse, tous les poils trichophytiques *satellites* que l'examen *à la loupe* permet de reconnaître dans la zone de surveillance de la plaque, c'est-à-dire dans la zone d'épilation qui a été faite autour de la plaque trichophytique.

IV. — Cette élimination aussi complète que possible du trichophyton abordable étant terminée, la plaque entière et sa zone de surveillance sont, *une seconde fois*, lavées à l'alcool boriqué chloroformé, lotionnées avec une boulette de coton stérilisé imprégnée de liqueur de Van Swieten acidifiée selon la formule suivante :

Liqueur de Van Swieten.	100 grammes.
Acide acétique cristallisant	1 —

et enfin, elle est, en entier, exactement recouverte par une rondelle de taffetas de Vigo acétique.

Onguent de Vigo	100	grammes.
Acide acétique	1	—

Ces emplâtres doivent être faits fins, légers; il est temps que la pharmacie abandonne les emplâtres de Vigo, mal faits et cassants, qu'elle livre encore aujourd'hui.

V. — Si le lecteur a bien voulu suivre notre exposition, il a vu que la plaque trichophytique, convenablement isolée des parties saines par la zone d'épilation, avait été nettoyée antiseptiquement, débarrassée mécaniquement de tout le microphyte abordable; qu'elle avait été, ensuite, une deuxième fois, nettoyée antiseptiquement, imprégnée d'une solution mercurielle acétique au millième, et enfin pansée avec un emplâtre, à la fois occlusif et acéto-mercuriel.

Dans ce temps de la méthode, il y a une partie, l'épilation et la rugination, qui ne peuvent être faits que par le médecin, ou par l'infirmier épileur, mais le lavage antiseptique, la lotion mercurielle, et le pansement occlusif, peuvent être faits par les parents de l'enfant. Si ces derniers exécutent soigneusement, pendant les jours qui suivent, la prescription qui consiste à ôter chaque jour l'emplâtre, à nettoyer la surface avec l'alcool boriqué chloroformé, à faire une lotion avec la liqueur de Van Swieten acétique, et à remettre une plaquette d'emplâtre neuve, la visite du médecin à l'enfant, ou sa venue à la policlinique peuvent n'être qu'hebdomadaires.

L'enfant ayant la tête absolument nette, et les surfaces malades étant recouvertes d'un emplâtre occlusif absolu, devient aussi peu dangereux que possible pour les autres enfants.

La propreté de la tête est entretenue fort aisément, si les cheveux sont maintenus ras sur toute sa surface, par un lavage quotidien avec un lavage à l'eau chaude et un savon médicamenteux, boriqué, soufré, au goudron, etc.

A l'encontre de ce que l'on pourrait supposer en jugeant avec les idées d'autrefois, malgré le caractère en apparence irritant de ces pratiques diverses, les accidents de dermite, de pustulation, sont plus rares que par les procédés de douceur, à la condition que la propreté aseptique existe sur les mains du panseur, dans les objets de pansement, et sur la tête du patient.

VI. — La répétition de la rugination et des épilations est indiquée par la reproduction des poils trichophytiques à la surface de la plaque malade; *elle sera d'autant moins fréquente que les premières opérations auront été faites avec plus de soin;* on arrive rapidement au point où elles n'ont plus qu'à être faites partiellement et, quand la zone de surveillance n'a plus de trichophyton, on se borne à l'épilation immédiate de la bordure.

Le progrès décisif est indiqué par la repousse des cheveux *non infiltrés*, contenant encore quelquefois du trichophyton, ce dont l'examen microscopique, ou la culture, rendent aisément compte. Ces cheveux de repousse doivent être épilés jusqu'à ce qu'ils aient repris le caractère du cheveu sain, et jusqu'à ce qu'ils ne contiennent plus de trichophyton.

VII. — Combien faut-il de temps pour la guérison par cette méthode? Nous pouvons affirmer que, si elle est correctement et complètement exécutée, il ne faut pas plus de deux à trois mois.

Dans un service de malades *internés*, ce résultat serait facile à atteindre, si tout y était organisé pour cet objet, mais cela ne peut être réellement obtenu que dans un service spécial. Dans une policlinique, où les enfants sont amenés, les conditions sont déjà un peu moins bonnes, car il faut le *concours* des parents; quand celui-ci manque, aucun traitement, quel qu'il soit, ne peut prétendre à la rapidité dans le résultat. Si Quinquaud a pu obtenir ses très beaux succès, cela ne tient pas seulement aux progrès qu'il a apportés à la médication, mais à l'organisation de « l'école des teigneux », qui a permis de faire le traitement en entier à l'hôpital, sans le concours des parents, et avec l'aide de surveillants expérimentés. Mais cette école, et les conditions qui s'y rattachent, ne peut pas comprendre tous les enfants. Un surplus considérable continue à encombrer les policliniques des autres médecins de l'hôpital, et des autres hôpitaux, où ils ne trouvent pas des conditions de traitement semblables.

C'est pour le traitement des trichophytiques de cette dernière catégorie, extrêmement nombreux, et des trichophytiques de la clientèle des médecins de la ville, que nous avons surtout constitué la médication indiquée plus haut.

Si les médecins praticiens des jeunes générations voulaient se donner la peine de venir apprendre, sur place, les médications nouvelles, ils pourraient traiter leurs malades eux-mêmes, reconnaître la trichophytie à son début et y appliquer à temps le remède.

V

Prophylaxie publique de la trichophytie du cuir chevelu.

Elle est fort simple : Si les médecins qui traitent la trichophytie du cuir chevelu ne donnaient pas de certificats de guérison anticipée, c'est-à-dire s'ils s'assuraient, par un examen histologique attentif, que le sujet qui PARAIT « guéri » n'a plus de trichophyton sur le cuir chevelu;

Si les médecins, qui devraient examiner tous les enfants entrant ou rentrant, dans les écoles, faisaient un examen suffisant en attention et en compétence;

Si, chaque fois qu'un cas est constaté dans une école, signalé à un médecin, ou reconnu à l'hôpital, on faisait l'enquête nécessaire pour trouver l'origine de ce cas, et si l'on prenait, dans l'école, les mesures de tout ordre nécessaires, on verrait rapidement cette maladie, honte des grandes villes, disparaître entièrement. Cf. Feulard, Quinquaud, Butte — *loc. sup. cit.;* Ollivier, H. Fournier — *Journ. des mal. cut. et syph.*, t. I, 1890, n° 1.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

La forme vésiculeuse de l'herpès tonsurant, accompagnée d'une vive inflammation, guérit en peu de temps, en saupoudrant les parties malades avec la poudre d'amidon; le champignon est, dans ce cas, éliminé avec les couches épidermiques soulevées par l'exsudation.

Des cercles isolés d'herpès tonsurant squameux guérissent sûrement par l'application de topiques qui, outre la destruction des champignons, ont en même temps une action directe sur les couches épidermiques qui le recèlent, en partie aussi parce qu'ils provoquent l'exfoliation en produisant une exsudation modérée.

Ces topiques sont : le goudron, le savon mou, la cautérisation avec une solution de potasse (1 sur 2 d'eau distillée), la teinture d'iode, la glycérine iodée (iode pur, hydriodate de potasse, ââ 5 grammes, glycérine 10 grammes), l'acide acétique, le soufre mélangé à ce dernier ou à l'alcool, et l'alcool de savon :

Lait de soufre	10 gr.
Alcool de savon de potasse	ââ 25 —
Alcoolat de lavande	
Glycérine	2 —

ou encore la pommade de Wilkinson. Enfin on peut avoir recours aux agents expérimentés dans ces dernières années :

Poudre de Goa	10 gr.
Acide acétique	5 —
Onguent simple	50 —

à la chrysarobine et à l'acide pyrogallique, 5 sur 50 d'axonge; à cette dernière substance dissoute dans l'alcool; au naphtol (50 centigrammes; alcool de savon de potasse, 50 grammes; glycérine, 2 grammes), qui a une action très sûre. Il faut employer sous forme de badigeonnage tous ces remèdes dans un cycle de quatre à douze fois, jusqu'à ce que les bords des cercles herpétiques soient aplatis et pâles, après quoi on attend la chute spontanée de la croûte épidermique (1).

Pour le traitement de l'herpès tonsurant maculeux généralisé, qui est fréquent en Autriche, tous les moyens que nous avons cités ne sont pas également appropriés, car plusieurs d'entre eux, appliqués d'une manière un peu étendue, provoqueraient des dermites graves. Je recommande à présent dans ces cas, comme la méthode agissant le plus promptement, une friction faite deux fois chaque jour avec : savon vert, 100 grammes; naphtol, 2 grammes; une friction renouvelée deux ou

(1) Voy. plus haut, dans l'*Appendice des Traducteurs* sur la trichophytie des parties glabres, le traitement de ces formes, p. 777.

E. B. — A. D.

trois soirs de suite suffit pour le traitement. On attend, en se bornant à l'emploi de poudres inertes, la chute complète des lambeaux épidermiques ratatinés, et ce n'est que vers le dixième ou le quinzième jour qu'on permet un bain. Tous les autres modes de traitement qui, par une irritation modérée du derme, ne produisent pas une mortification et une desquamation régulière et égale de l'épiderme, comme des bains pris chaque jour, des lotions savonneuses, des applications avec les parasiticides alcooliques, éthérés, balsamiques, que j'ai cités auparavant, les pommades avec l'acide pyrogallique et la chrysarobine, les

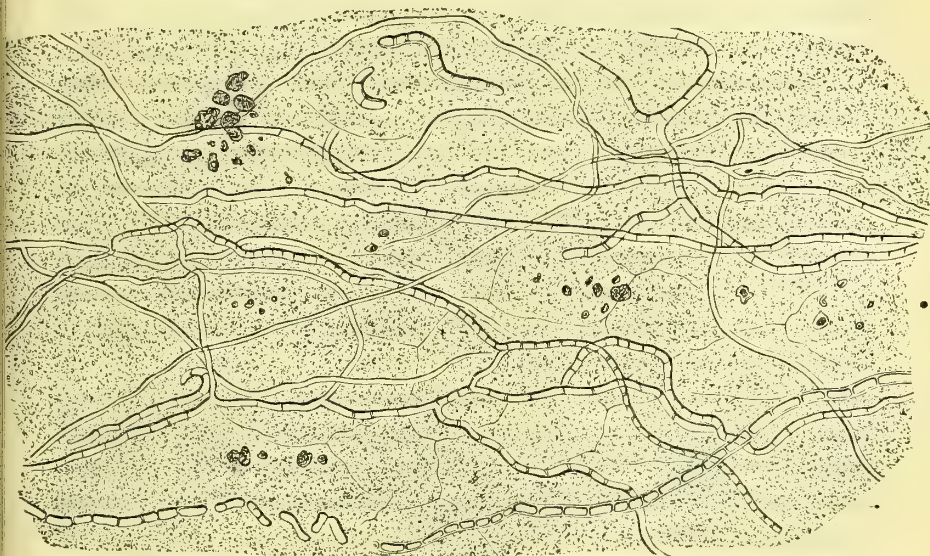


Fig. 65.

Onychomycose trichophytique. — Réseau abondant de mycélium entre les lamelles de l'ongle dont les contours cellulaires étaient encore visibles dans la préparation (après le traitement par la potasse).

pâtes sulfureuses, tous ces modes de traitement, dis-je, ne donnent pas des résultats aussi rapides ni aussi certains (1).

Aux types de l'herpès tonsurant que je viens de décrire, il faut encore ajouter trois autres affections qui procèdent, soit d'une manière évidente, soit d'une manière probable, de cette dernière dermatomycose. Avant tout, il faut citer l'*onychomycose tonsurante* ou *trichophytique*, c'est-à-dire la dégénérescence caséeuse, l'effeuillement, la fragi-

(1) Nous rappelons encore que l' « herpès tonsurant maculeux *n'est pas* une éruption trichophytique — voy. plus haut, *notes* 1 et 2, page 808, et l'*Appendice des Traducteurs*, p. 809. E. B. — A. D.

lité de quelques-uns ou de tous les ongles des doigts et des orteils, produits par le trichophyton. A l'examen à l'œil nu, on ne peut pas toujours distinguer cette altération de celle qui survient dans le psoriasis, l'eczéma, le lichen ruber; et c'est seulement par l'examen microscopique que l'on peut être fixé sur le caractère de la trichophytie unguéale (fig. 65). On trouve quelquefois l'onychomycose accompagnée de l'herpès tonsurant. Mais comme ce dernier peut guérir dans l'espace de quelques mois ou de quelques semaines, tandis que l'ongle ne se renouvelle pas complètement dans un si court espace de temps, et que le champignon peut aussi se continuer d'une manière tenace dans l'ongle qui repousse, on s'explique facilement comment des onychomycoses de cette nature peuvent se manifester plus tard comme affection indépendante. Baum et Meissner (1853), Virchow (1854 et 1856), Förster (1854), Köbner, Kleinhans et moi avons très souvent constaté la présence de champignons dans des ongles dégénérés, en apparence idiopathiquement; il est impossible de préciser jusqu'à quel point ces michophytes sont tous identiques à l'herpès tonsurant, ou à quel titre ils en diffèrent, comme on le prétend pour le champignon de Meissner.

Je crois donc qu'il serait préférable d'employer simplement ce terme d'onychomycose toutes les fois qu'on ne trouve pas en même temps du favus ou de l'herpès tonsurant.

Le traitement de l'onychomycose consiste dans le raclage, le grattage ou l'enlèvement complet de la partie dégénérée, la macération de l'ongle au moyen de doigtiers de caoutchouc, ou encore en des attouchements avec la créosote, l'acide acétique, la benzine, le sublimé (1 sur 50 d'alcool ou de chloroforme) (1).

Le sycosis parasitaire est une affection analogue (Tome I, page 764) au

---

(1) I. — Eu égard à l'extrême fréquence de la trichophytie des parties velues, et surtout de la trichophytie du cuir chevelu, et à la présence incessante du microphyte dans la crasse des sillons unguéaux des teigneux qui se grattent sans cesse, et dont la majorité ignore l'usage de la brosse à ongles, l'*onychomycose trichophytique* est d'une assez grande rareté.

Si Celso Pellizari, dans un travail remarquable — *Ricerche s. Trichoph. tonsur.* Milano, 1888, IV, p. 17 et suiv., communiqué au Congrès médical de Pavie, en 1887 — a pu en observer vingt cas sur cent cinquante trichophytiques, cela tient à des circonstances particulières, car la même proportion n'existe certainement pas sur les mêmes malades observés à Paris. Il faut, pour que l'ongle soit envahi par le trichophyton, soit un état pathologique préalable, eczéma, psoriasis, etc., soit un traumatisme qui réalise un réceptacle adventice, ou quelque autre condition inconnue encore.

Voici, résumés par Siredey — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888,

sycosis de la barbe, dans laquelle on trouve un champignon dans les poils malades. Après que Gruby eut démontré, en 1842, la présence d'un parasite de ce genre dans la mentagre, mais qui n'avait pas été admis

---

les principaux caractères cliniques et histologiques donnés par Celso Pellizari.

Dans les cas où l'observation a été faite à une époque rapprochée du début, la première modification consiste dans un changement de couleur de l'ongle. On voit, ou des points séparés, irrégulièrement distribués, ou des lignes longitudinales qui suivent la striation normale de l'ongle ; les uns et les autres ont une teinte blanchâtre, mate, ou offrant comme certains cristaux de quartz, des reflets brillants qui font paraître l'ongle fêlé. Bientôt, au toucher, on perçoit à la surface des inégalités, nettes surtout lorsqu'il s'agit de lignes longitudinales. Puis l'ongle commence à augmenter de volume. La couleur blanchâtre peut être limitée à un côté de l'ongle; dans ce cas, le bord malade se soulève et forme une surface à concavité supérieure, tandis que la partie saine garde sa convexité normale. En général, ces modifications se font d'une manière uniforme, sur toute l'étendue de l'ongle, de la lunule au bord libre, avec une prédominance très nette au niveau des lignes longitudinales. Même après plusieurs années, l'ongle conserve sa transparence et une couleur blanchâtre comme si on l'avait fait bouillir. L'ongle peut aussi devenir huit à dix fois plus épais qu'à l'état normal. Plus tard, les inégalités s'accentuent, il se forme de nouveaux reliefs dans le sens transversal, surtout à la partie antérieure de la lunule. La coloration devient plus irrégulière, un peu jaunâtre, mais elle est toujours différente de la teinte jaune-soufre de l'onychomycose faveuse.

Si la lame superficielle est détruite, on peut en retirer des fragments ayant l'apparence de l'amiante.

Presque toujours on voit disparaître la teinte rosée que l'ongle doit à sa transparence et à la vascularisation du derme sous-unguéal. L'accroissement en longueur, l'exagération de la convexité normale, créent une manière d'onychogryphose.

La transparence de l'ongle persiste longtemps parce que la lame superficielle est la dernière attaquée, mais celle-ci devient elle-même opaque, se fendille, se rompt, et finalement tombe en entier; ce processus commence vers le bord libre et les dernières traces de la lame superficielle persistent pendant longtemps au voisinage de la lunule. Quelquefois, il se fait sur certains points des ruptures irrégulières, isolées, ressemblant à de véritables ulcérations. Les phénomènes subjectifs sont à peu près nuls, un peu de sensibilité au froid ou à la chaleur, mais aucun trouble sérieux.

Cette altération succède habituellement à la trichophytie du dos de la main.

L'apparition d'un processus hypertrophique et en même temps regressif est assez caractéristique de cette affection, car l'onychogryphose essentielle est purement hypertrophique. Le diagnostic avec le favus doit s'inspirer du même principe que sur le cuir chevelu : *pénétration plus intime du trichophyton dans la profondeur des tissus.*

Pour les recherches histologiques, l'emploi des matières colorantes n'a pas donné les résultats qu'en attendait l'auteur. Avec les couleurs d'aniline, il était impossible de colorer l'ongle sans le parasite et réciproquement.

Néanmoins, l'auteur a pu suivre de la façon la plus nette le développement du trichophyton dans les diverses couches de l'ongle, et d'excellentes planches, jointes à son travail, permettent de suivre tous les détails de sa description. Le trichophyton existe dans les parties les plus rapprochées

par les autres auteurs, Bazin (1853, teigne sycosique), plus tard Anderson, Deffis, Robin, Hardy, Köbner, ont constaté et confirmé qu'il pouvait

---

du lit de l'ongle, et il est d'autant plus abondant qu'on se rapproche du bord libre.

Au voisinage de la matrice de l'ongle, les cellules épidermiques contiennent de l'éléidine au lieu de substance onychogène. Ce retour de la cellule à un type plus simple indique l'influence du processus inflammatoire, d'où résulte la formation plus active et la moindre transparence de la substance unguéale. Dans la continuité de l'ongle, on voit la multiplication des éléments cellulaires ; il existe de place en place entre les lamelles de petites cavités autour desquelles sont réunis en très grand nombre des éléments parasitaires et des débris de l'ongle ; ces lésions correspondent aux taches blanchâtres. Les coupes montrent également avec la plus grande netteté l'envahissement du derme sous-unguéal par le trichophyton.

De telles altérations font comprendre la très grande difficulté du traitement : on constate des récidives même après arrachement de l'ongle.

Dans un cas, l'auteur a essayé de provoquer un processus de périonyxis de manière à décoller l'ongle. Voici le traitement employé : avec un mélange par parties égales d'huile d'olive et d'acide pyrogallique, après avoir maintenu pendant quelques jours, dans une enveloppe de gutta-percha, le doigt enduit de savon de Hebra pour ramollir les surfaces malades, puis arrachement de l'ongle et pansement avec pommade iodoformée.

Il a obtenu ainsi un cas de guérison qui a pu être contrôlé six mois plus tard.

Cf. : Vidal, *Trichophytie unguéale — Gaz. des hôp.* 1880; H. Lespinasse, Trichophytie unguéale — *loc. sup. cit.*; Henri Fournier, Étude sur la trichophytie des ongles — *Journ. des malad. cut. et syph.*, T. I, p. 3 et suiv., 1889. Ce dernier travail est très instructif en montrant l'origine d'une épidémie trichophytique de famille dans l'existence d'une trichophytie unguéale, constatée chez une domestique.

II. — Le *diagnostic* de l'onychomycose trichophytique se fait rarement d'une manière directe; c'est la coexistence avec une trichophytie pilaire, ou sa préexistence à une épidémie trichophytique localisée, qui appellent l'attention. Comme pour l'onychose favique, il est nécessaire de rappeler que la lésion unguéale peut persister alors que l'altération du cuir chevelu a, depuis longtemps, disparu, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement approprié.

La difficulté de la différenciation entre l'onychose trichophytique et les *onychoses eczématique*, *psoriasique*, *etc.*, se complique de cette difficulté que la trichophytie est, souvent, secondaire, ou associée à l'altération psoriasique ou eczémateuse. L'examen histologique seul, au besoin contrôlé pour les *formes de souffrance* par la culture, peut permettre d'affirmer la nature trichophytique d'une lésion unguéale.

Le *traitement* est essentiellement mécanique; l'avulsion chirurgicale de l'ongle serait le moyen radical et immédiat de guérison. Mais il est le plus souvent légitime d'avoir recours seulement à la rugination, au grattage après macération de la substance cornée par le savon de potasse, et à l'aide de l'anesthésie locale; lavages mercuriels, pansement occlusif à l'onguent de Vigo.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

y avoir un parasite dans le sycosis. Ce dernier auteur a expliqué ce fait, longtemps contesté, que le sycosis ordinaire (folliculite de la barbe), comme on l'avait enseigné autrefois, n'avait dorénavant rien à faire avec le parasitisme, mais que l'herpès tonsurant localisé à la barbe pouvait, par l'augmentation des processus inflammatoires locaux, occasionner des phénomènes sycosiques (trichomycose noueuse), de sorte que le sycosis parasitaire constitue seulement une variété de forme de l'herpès tonsurant et procède de ce dernier (1).

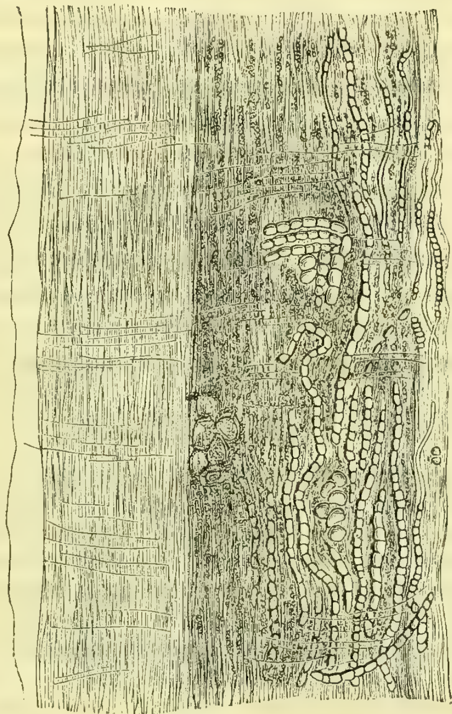


Fig. 66.

Poil provenant d'une nodosité de sycosis parasitaire (seulement la moitié) traversé de myceliums ramifiés, à gros troncs.

(1) Les relations d'*une espèce* particulière de sycosis, avec le trichophyton, ont été établies d'abord par Bazin — *Leçons de séméiotique cutanée*, 1855, p. 156. — Après avoir été niée, puis contestée en France et à l'étranger, la réalité de la trichophytie folliculitique, c'est-à-dire de la *trichophytie sycosique* VRAIE, est admise sans contestation aujourd'hui.

On continue cependant, en France aussi bien qu'à l'étranger, à appeler « *sycosis* » toutes les lésions trichophytiques observées dans les sur-

Tandis que, en règle générale, même localisé aux parties velues de la face (ainsi qu'au mont de Vénus), l'herpès tonsurant se présente sous l'aspect de cercles rouges, squameux, il survient quelquefois dans la région qu'il occupe une dermite aiguë sous l'influence du champignon dont la végétation est active. Dans ce cas, il se produit une infiltration diffuse, de la suppuration, des ecchymoses, un décollement hémorrhagique de la peau, des éruptions pustuleuses confluentes et des abcès, après l'ouverture desquels la peau offre l'aspect d'une passoire (Lewin), ou d'un rayon de miel. D'autrefois, il se forme des tumeurs noueuses analogues au carcinome (Michelson, Neumann, Kaposi) à surface unie ou papillomateuse, sécrétant un liquide visqueux. On a vu aussi sur le cuir chevelu des tumeurs de cette nature avec de l'herpès tonsurant, et en dérivant, qui ont été décrites comme analogues au *kerion* de Celse par E. Wilson, Fox, Auspitz, Tanturri, comme *vespajo del capillitio* par Dubini, et qui ont été considérées comme identiques au dernier processus par tous les auteurs que je viens de citer en dernier lieu, en raison de leur coexistence avec l'herpès tonsurant et de la présence des champignons (fig. 66) (1).

---

faces occupées, chez l'homme, par la barbe, alors que ce terme convient seulement aux cas dans lesquels le trichophyton a déterminé une *folliculite pilaire* qui, *seule*, constitue le sycosis — Voyez Tome 1er, note 3, p. 759, — qui peut se rencontrer avec d'autres affections parasitaires — le favus — et qui peut exister *ailleurs* que dans la région de la barbe : sur le cuir chevelu, dans l'aisselle, au pubis — *Kérion*.

Ce qui est la vérité, c'est que, dans toutes ces régions, la trichophytie peut être, ou non, *sycosique ;* c'est dans la région de la barbe, chez l'homme, où elle affecte le plus souvent cette forme. Mais elle n'y est ni constante ni inévitable. Nous avons pendant plusieurs mois montré, en 1887, dans nos cliniques, un homme atteint de trichophytie pilaire de la totalité de la barbe, sans qu'il y ait jamais eu, chez lui, ni un cercle érythémateux, ni une rougeur, ni la moindre trace de folliculite. Les caractères du poil trichophytique : fragilité, cassure, écrasement sous la pince ou la lame de verre, caractères histologiques, etc., étaient tous absolument démonstratifs.

Ce n'est donc pas la localisation à une région qui peut, correctement, entraîner la dénomination d'une lésion trichophytique, mais bien sa forme clinique : non irritative, érythémateuse, squameuse, folliculitique, et c'est à cette dernière seule que convient le terme de sycosis.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Quand on observe attentivement, le sycosis *primitif* est une rareté. Chez les très nombreux trichophytiques que nous avons observés pendant un grand nombre d'années, nous n'avons jamais rencontré un seul cas de *sycosis d'emblée ;* chez ceux qui ont présenté les folliculites pilaires, isolées, agminées, en plaque, les *péri*-folliculites phlegmoneuses, il s'était toujours écoulé un temps plus ou moins long, souvent long, depuis le pre-

Le diagnostic de cette affection repose sur les données que je viens d'énumérer. En l'absence de cercles herpétiques, puisque dans le sycosis non parasitaire on voit survenir les mêmes proliférations papillaires et les mêmes abcès fistuleux, le développement aigu de ces cercles, constaté par l'anamnèse, nous amène à supposer le parasitisme, car, dans ce cas, l'expérience a démontré que les symptômes ci-dessus peuvent se développer dans l'espace de trois à quatre semaines (1).

---

mier début et, presque toujours, l'intensité des phénomènes accessoires était en rapport avec une incurie extraordinaire, ou avec l'emploi d'irritants divers.

Nous avons constaté, dans la barbe et au pubis, à l'aisselle, et même dans le cuir chevelu de l'homme *adulte : a.*) des cercles de trichophytie érythémateuse, *sans lésion trichophytique du poil; b.*) des infections trichophytiques complètes très étendues des poils, *sans érythème circiné* avec ou sans gaines trichophytiques péripilaires et desquamatives — *pityr. alba; c.*) ces diverses lésions, avec altération des poils, *sans folliculite; d.*) enfin, beaucoup plus rarement qu'autrefois, aujourd'hui que la trichophytie de la barbe est mieux connue et traitée, les types divers de kérion, de folliculites isolées ou agminées, simples, indurées, tuberculeuses, phlegmoneuses, qui sont, dans la totalité des cas, *secondaires* à la trichophytie commune, manifestée au début par les cercles érythémateux dans la barbe, les plaques grenues typiques de la trichophytie du cuir chevelu, etc.

Il ne serait pas impossible qu'un sycosis ne fût pas précédé de la série complète, et n'eût pas succédé à une trichophytie commune superficielle; il n'est même pas impossible que, dans des circonstances exceptionnelles, une folliculite pilaire se développe d'emblée, et soit *suivie* d'une trichophytie vulgaire sur les points voisins; mais nous n'avons jamais observé un seul fait qui l'établisse péremptoirement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) C'est sur la considération de ces faits d'évolution que repose essentiellement le *diagnostic clinique* de la nature parasitaire d'un kérion ou d'un sycosis; le diagnostic absolu repose sur la démonstration micrologique du trichophyton. On y arrivera, le plus ordinairement, avec assez de facilité, si, de même que dans un grand nombre de trichophyties diverses, on examine surtout *autour et alentour*. C'est à la périphérie, dans les poils plus ou moins éloignés, et *avant* que la folliculite soit dans son plein, que doit porter la recherche. Dans la barbe, indépendamment des anneaux érythémateux, de la desquamation, des gaines cotonneuses, *ce qu'il faut chercher surtout*, ce sont, isolés ou réunis par petits groupes, tout auprès, un peu plus loin des folliculites, des poils cassés (beaucoup plus près de la peau que sur le cuir chevelu), alors que les poils voisins, surtout si la rasure remonte à quelques jours, sont plus longs et viennent à la pince sans casser. Cette recherche est aisée et ne demande qu'un peu d'attention. Si l'on doute ou si l'on a besoin, pour une raison quelconque, d'une démonstration, il faut prendre une curette à lupus et racler la peau au niveau des poils cassés; on fera aisément récolte

Les causes occasionnelles sont les mêmes pour le sycosis parasitaire que pour l'herpès tonsurant, à savoir principalement la contagion par les bêtes à cornes et les chevaux. Par conséquent, on rencontre surtout le sycosis parasitaire chez les individus qui soignent ces races animales, et dans les pays où l'on observe de nombreux cas d'herpès tonsurant chez les animaux et chez l'homme : France, Holstein.

Dans ces dernières années (1882 à 1885) on a observé (Lesser, Köbner et Saalfeld) à Leipzig et à Berlin, une épidémie d'herpès tonsurant, principalement de la barbe (sycosis parasitaire), dont on a attribué l'origine à une contagion dans les boutiques de barbier; du reste on a signalé parfois des faits analogues provenant d'une période prémycosique (Olmütz, au siècle dernier) (1).

Le traitement du sycosis parasitaire est le même que celui de l'herpès tonsurant du cuir chevelu. Pour amener le plus rapidement possible la résolution des végétations papillaires et la destruction des champignons, il faut avoir recours à des applications de sublimé (1 p. 100), ou à des savons composés d'alcool, de soufre et de naphtol, à l'acide acétique, en ayant soin de pulvériser immédiatement avec du lait de soufre, de sorte que l'épilation devient souvent inutile (2).

---

de tronçons de poils trichophytiques, que l'examen microscopique le plus sommaire démontrera à l'instant. Pour ne pas perdre les fragments enlevés par la curette, il faut, avant de ruginer, imprégner de glycérine la peau et la curette, de façon à ce qu'ils restent adhérents. Tout cela est élémentaire.

(1) Voyez la note 2, page 817.

(2) I. — Aux premières périodes — anneaux érythémateux — le traitement est aisé; il faut *interdire absolument la rasure;* les poils doivent être coupés ras sur la peau *avec des ciseaux fins*, *courbes*, *à pointes mousses — rasure juive.* Les anneaux érythémateux seront frictionnés *énergiquement* avec la teinture d'iode, et la friction sera renouvelée *jusqu'à desquamation énergique.* La guérison est rapide, si la maladie n'a pas dépassé cette phase.

Aussitôt cet élément éliminé, on recherche attentivement dans la barbe les points où il existe des poils cassés; on fait autour de tous les centres relevés une épilation circulaire, isolant les poils sains des poils malades, si la barbe du sujet est très *serrée;* dans le cas contraire, on peut s'en abstenir. Mais l'*essentiel* est d'appliquer, à *chacun de ces foyers trichophytiques*, ne fussent-ils constitués que par un poil unique, le traitement de la trichophytie du cuir chevelu, rugination, désinfection, lotion mercurielle — voy. pp. 832, 833. — Mais, de même que sur le cuir chevelu, notre pratique est de *localiser* l'action, de l'appliquer avec une précision absolue, condition essentielle pour obtenir des guérisons rapides, ou, au moins, pour maintenir les altérations dans une condition qui permette au malade de ne pas interrompre son existence, ce

qui n'est pas réalisable avec les traitements de totalité, conseillés le plus souvent.

Dans le cas où il ne survient ni sycosis, ni irritation vive, rien n'oblige à une médication troublante; à la barbe, comme au cuir chevelu, la terminaison *spontanée* du trichophyton est toujours la guérison.

II. — Ce qui est vraiment difficile, et ce qui réclame tous les soins les plus minutieux, c'est le traitement de la trichophytie folliculitique, du kérion, ou du sycosis vrai.

La lésion doit, d'abord, être traitée comme une affection à staphylocoques, et comme une dermite — pulvérisations d'eau phéniquée de 1 à 5 pour 1000, ou d'eau mercurialisée de 0,25 à 2 pour 1000, selon la tolérance, réitérées, et prolongées, suivies de lavage avec l'alcool boriqué, ou salolé, et de pansements appropriés.

Si l'irritation est très vive, nous avons recours aux enveloppements avec des compresses de *lint* boriqué, imbibées d'eau stérilisée, recouvertes de taffetas imperméable, d'une couche de coton purifié, et d'une bande faisant un pansement hermétique.

Les pulvérisations, de cinq à vingt minutes de durée, sont renouvelées deux à quatre fois par vingt-quatre heures, selon l'intensité, et les pansements renouvelés après les pulvérisations.

Dans les *formes irritatives*, toute épilation est nuisible, et il faut s'en abstenir régulièrement; les poils tombent spontanément, on les trouve dans les pièces de pansement aussi longtemps que dure l'état aigu de la folliculite. Nous rejetons également, en dehors de circonstances tout à fait exceptionnelles, les scarifications ou toute pratique de cet ordre; sur ce point, nous sommes en accord avec Unna.

Aussitôt la période phlegmasique aiguë terminée, les pansements se font simplement, avec les emplâtres comme nous l'avons indiqué plus haut. L'emplâtre de Vigo fin est le meilleur topique; on peut y associer, avec prudence, la résorcine, mais il suffit habituellement à tout si l'on a soin de faire les lavages, et le pansement complet de la peau que nous avons indiqués tout à l'heure.

III. — Après l'étude du *sycosis*, c'est-à-dire des DERMITES produites par le trichophyton, viendrait naturellement l'étude du *trichophyton dermique;* voy. particulièrement MAIOCCHI, CELSO PELLIZARI — *loc. cit.*, et ROBERTO CAMPANA, Trichophytiasis dermica — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, p. 51, et les travaux antérieurs du même auteur; — mais cette question, très controversable, réclame pour être exposée et discutée des développements qui nous entraîneraient jusque dans l'histoire des tumeurs.

Dans son dernier travail, R. CAMPANA se propose surtout de confirmer les recherches de Maiocchi sur la présence du trichophyton dans « le tissu des granulations » *du chorion*.

Il s'agit d'une femme dont tout le corps était recouvert d'une éruption papulo-squameuse : les squames contenaient çà et là des mycéliums courts et des gonidies du trichophyton tonsurant. En outre, il y avait une onychogryphose très avancée sur tous les orteils ; enfin une tumeur de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule, dont la dureté était plus accentuée que celle des parties voisines, la peau qui la recouvrait était intacte, elle présen-

tait seulement en quelques points des squames épidermiques minces. Les poils n'étaient pas modifiés.

Les ongles et le derme présentaient le même trichophyton que dans l'épiderme ; les mycéliums et les gonidies étaient à des degrés divers de développement. Dans la tumeur, il existait des mycéliums courts très compacts, pigmentés et granuleux et des gonidies disséminées également granuleuses.

Ces gonidies avaient toutes la même forme, quelques-unes constituaient de petits groupes qui se coloraient bien avec les couleurs d'aniline. En quelques points, on voyait de véritables spores renfermant un protoplasme transparent et un noyau. Si l'on examinait ces groupes de gonidies, on constatait que bon nombre conservaient en quelques points la propriété de se colorer, tandis que dans d'autres elles ne l'avaient plus, mais étaient un peu déformées et rapetissées ; de sorte qu'elles apparaissaient sous forme de granulations, qui, dans les points où on ne remarquait plus de gonidies, se réunissaient et présentaient alors presque l'aspect d'un mycélium granuleux ou d'une cellule granuleuse. Selon R. Campana, il s'agissait sans doute ici d'une prolifération endogène ou d'une segmentation mécanique.

Ebnest Besnier. — A. Doyon.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

SUR LA PIEDRA

(Trichomycose nodulaire de Juhel-Rénoy.)

Avant de clore la série des lésions parasitaires des poils, nous devons marquer la place d'un affection épiphytique accidentelle et régionale appelée *piedra* — la pierre — en raison des concrétions dures qui granulent le poil et crépitent au passage du peigne.

1. — Observée d'abord par Lindemann sur des cheveux artificiels (chignons), et considérée par lui comme causée par des *grégarines* — *Oesterreich. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, XII, 1867, n° 10, S. 188; *Die Gartenlaube*, 1867, n° 7, *cit.* Behrend, et par Knoch — *Journ. d. russ. Kriegsdepart.*, 1886, Bd XCV — la piedra a été décrite comme une affection parasitaire (parasite de Beigel, *pleurococcus Beigelii*) par Hermann Beigel — *Human hair*, London, 1869, p. 111, fig. 17 — sous le nom de *Chignon-Fungus*. Sa description sous le nom de *piedra* appartient à Osorio (de Bogota) — *Revist. med.*, 1876.

La série des travaux d'actualité commence en 1878 avec la communication de E. Desenne à l'Académie des sciences — *Comptes rendus*, T. 87, p. 34 — et se continue dans les publications suivantes: Georges Hoggan, Piedra — *The Lancet*, 1878, p. 347; Cheadle et Morris, Piedra, Trichorrex. nod. and. Tinea nod., — *eod. loc.*, 1879, p. 190; Malcolm Morris, Piedra, *ibid.*, p. 407 — *Med. Times and Gaz.*, p. 409, et *Transact. of the pathol. Soc. of. Lond.*, p. 441; Sam. Wilks; Startin, Piedra — *The Lancet*, *eod. ann.*, p. 347, 866; Gustav Behrend, Ueber Knotenbild. am Haarsch. — *Virchow's Arch.*, 1886, Bd 103, p. 451; Juhel-Rénoy — Art. Piedra du *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 1887, et De la Trichomycose nodulaire — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. IX, p. 177, 1888, Fig. I, II, III; A. Posada-Araugo, La Tricomicosis nodular — *Ann. d. la Acad. d. Med.*

de Medellin, 1889, p. 88; GUSTAV BEHREND, u. Trichomycosis nodosa (Juhel-Rénoy), Piedra (Osorio) — *Berliner klin. Wochenschr.*, 1890, n° 21; GLASGOW-PATTESON, Trichomycosis nodosa, a correction and a note — *Dublin Journ. of Med. Sc. Sept.*, 1889, et *The brit. Journ. of Dermat.*, 1890, p. 101; JUHEL-RÉNOY et G. LION, Rech. histo-biol. et étiol. s. la Trichomycose nodulaire (2e Mémoire) — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, T. I, 1890, p. 765, Pl. I, II.

II. — L'importance pratique de cette affection est sans proportion avec cette série considérable de travaux importants; son intérêt est presque tout scientifique, et relatif à l'histoire générale des épiphytes du système pilaire.

Nous lui conservons le nom de *piedra*, non à cause de sa signification ou de sa valeur, mais parce qu'il est court, qu'il a la priorité, et qu'il porte la marque d'origine; qu'il ne prête à aucune ambiguïté, et qu'il peut être conservé quelle que soit la notion que l'on se fasse de sa nature ou de sa cause. Très certainement, la dénomination de *Trichomycose nodulaire* donnée par Juhel-Rénoy est plus élégante et plus scientifique; mais la dénomination territoriale et native conserve toute sa valeur.

III. — La piedra peut se rencontrer accidentellement en différents pays, — voy. plus haut, Lindemann, Beigel, Knoch, — mais elle est en réalité concentrée essentiellement dans une province de la Colombie, la Cauca.

Très rare chez l'homme, où on l'a observée dans la barbe, elle ne se rencontre régulièrement que sur les cheveux, chez les femmes à longue chevelure, les jeunes femmes particulièrement, mais non exclusivement.

La transmission contagieuse paraît établie; l'origine du parasite reste indéterminée : habitude de mouiller fréquemment les cheveux avec de l'eau de rivière sans les essuyer, usage de cosmétiques locaux (mucilage huileux), etc.

Le *cheveu piédrique* est caractérisé par la présence de très petites nodosités — plus petites que les lentes du phthirius, ou que les grains de l'idrotrichose rouge — visibles à l'œil nu, blanchâtres ou de coloration moins intense que celle du cheveu; très aisément perceptibles aux doigts qui pressent le cheveu en parcourant sa longueur; disposées inégalement et irrégulièrement en grand nombre — 23 sur un cheveu de $0^{m},60$, Juhel-Rénoy — exclusivement sur la tige, jamais sur la racine et restant toujours, d'après Posada-Arango, distantes d'au moins 1 centimètre de la surface du cuir chevelu.

Aucune altération de nutrition *radicale* du cheveu, qui conserve sa consistance et sa résistance; il *devient* lanugineux, dévié, frisé, se mêlant facilement aux autres cheveux, et constituant une sorte de plique — plique colombienne.

Juhel-Rénoy a précisé avec soin cette intégrité du poil. « Le parasite, dit-il, est semé à la surface; il ne pénètre pas dans son intérieur... La cuticule reste intacte. »

La nature parasitaire des nodosités piédriques ne fait plus aujourd'hui de doute; elles sont constituées par des amas de spores d'un volume double à peu près — Juhel-Rénoy — de celui du trichophyton,

ECZÉMA MARGINÉ

Je vous parlerai, en dernier lieu, de l'eczéma marginé de Hebra; les parties génitales et leur voisinage immédiat sont le siège le plus habituel de cette affection; on voit se former en ces points des cercles et des arcs de cercle dont la dimension varie de celle d'un centime à celle de la paume de la main et plus, lesquels, par exemple, vont sans interruption du scrotum sur la région inguinale, vers les faces interne et postérieure des cuisses, de là vers la région lombaire et, revenant de ce point sur l'autre membre, atteignent le pubis, en passant par-dessus la face interne des cuisses. Aussi, on peut partout rencontrer un ou plusieurs de ces cercles et de ces arcs de cercle sur le tronc et les membres. Leur bord est dentelé, recouvert de petites papules, de vésicules

---

et toujours plus considérable que celui de ses spores géantes, multiformes, polyédriques arrondies, etc. Le lecteur qui voudra approfondir ce sujet, étudier l'épiphytose piédrique, devra se reporter aux travaux ci-dessus cités, et particulièrement aux mémoires de Juhel-Rénoy, Juhel-Rénoy et Lion, Behrend, surtout pour la technique et les cultures.

Le *diagnostic* du cheveu piédrique ne présente, même macroscopiquement et au simple examen clinique, aucune difficulté de fond; l'affection avec laquelle on pourrait le mieux la confondre, le *lépothrix* de Wilson, notre *idrotrichose rouge granulée*, indépendamment des caractères de couleur des granulations, etc. — Voy. T. I, p. 181, *note* 1, et T. II, p. 229, 230, 231, *note* 2 — *ne s'observe pas* au cuir chevelu, mais à l'aisselle ou aux organes génitaux, où on ne rencontre pas la piedra.

Quant aux poils moniliformes, aplasiques, trichorrexiques, etc., le fait même des lésions trophiques du cheveu, les fractures et la trichoptilose, l'absence des parasites, etc., etc. — voy., plus haut, les *notes* et le *texte courant* des pages 225 à 232 — ne permettent aucune confusion.

Le caractère accidentel de l'épiphytose piédrique, l'absence de toute altération radiculaire de nutrition, l'innocuité de la présence du parasite pour le cuir chevelu lui-même, enlèvent à cette affection régionale tout caractère de gravité.

Il serait probablement fort aisé d'en réaliser l'extinction, par une prophylaxie basée sur une modification radicale dans les habitudes de toilette usitées dans les pays où règne la piedra.

D'après Juhel-Rénoy et Lion, l'eau *très chaude* simple, ou additionnée de sublimé à la dose de 1 p. 1000, est le meilleur désagrégeant des anneaux piédriques. Cela étant, nous pensons que les pulvérisations de ces liquides, les douches de vapeur, les immersions de la chevelure, aidées de l'action simultanée, opportune, et bien conduite du peigne fin, arriveraient aisément à la guérison de la piedra, ou plutôt à son extirpation, par le procédé que nous avons indiqué pour débarrasser les poils ou les cheveux des lentes du phthirius ou des poux de tête.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

ou de croûtelles brun jaune, tandis que la surface cutanée qui se trouve au centre est pigmentée en brun foncé, déchirée par le grattage, recouverte de petites croûtes ou entourée de cercles de nouvelle formation. Comme la présence de la sécrétion et des croûtes en témoigne, cette affection donne lieu à un prurit intense et au grattage, lesquels joints à l'éruption papuleuse que l'on observe, ont décidé Hebra à désigner cette affection sous le nom d'eczéma; la forme annulaire offre cependant la plus grande ressemblance avec l'herpès tonsurant.

Köbner et Pick en premier lieu et, plus tard, moi-même, avons trouvé, dans l'épiderme correspondant aux cercles de l'eczéma marginé, des champignons semblables à ceux de l'herpès tonsurant, et les deux auteurs que je viens de nommer ont fait valoir, en partie expérimentalement, des motifs à l'appui de l'opinion que l'eczéma marginé de Hebra est identiqne à l'herpès tonsurant. Hebra, au contraire, bien qu'il admît la nature parasitaire de l'affection, pensait devoir maintenir intacte sa nature eczémateuse, ainsi que sa dénomination. On ne peut, en effet, méconnaître la valeur, à ce point de vue, des phénomènes suivants : en premier lieu, de la vive démangeaison qui existe dans cette affection; en second lieu, de sa grande ténacité, quinze à vingt ans et même plus; en troisième lieu, de la résistance énergique qu'elle oppose au traitement, et de ses récidives fréquentes aux mêmes lieu et place; en quatrième lieu enfin, de sa non-contagiosité, vu qu'elle ne se communique pas directement entre personnes vivant dans un contact intime, par exemple des gens mariés. C'est pour cela aussi qu'on ne la rencontre jamais d'une manière endémique, comme dans une institution ou dans une famille. En cinquième lieu, les poils de la région envahie ne se cassent pas et ne deviennent pas ternes; toutes conditions qui n'existent pas dans l'herpès tonsurant. C'est pour ce motif aussi que Pick s'est vu forcé de considérer l'eczéma marginé comme une combinaison de l'herpès tonsurant et de l'eczéma, ce qui est aussi mon opinion.

A l'appui de cette manière de voir, il faut encore noter les causes occasionnelles qui favorisent l'apparition et les récidives de l'eczéma marginé. C'est ainsi que l'on voit se développer tout d'abord de l'intertrigo eczémateux sous une forme marginée et, plus tard, de l'eczéma marginé, sur la peau de personnes dont l'épiderme est macéré par la transpiration au niveau des surfaces qui se trouvent en contact réciproque des plis génito-cruraux, sous-mammaires, etc., chez les personnes obèses ou chez celles qui sont obligées de rester longtemps assises. Une cause analogue et très fréquente, c'est la macération de l'épiderme par l'eau dans l'hydrothérapie et principalement avec la

ceinture de Priessnitz, sous laquelle il se développe très habituellement un eczéma simple, souvent de l'herpès tonsurant, et très fréquemment dans ces cas, d'une manière incontestable, les deux affections ensemble sous forme d'eczéma marginé.

Le diagnostic de cette affection est facile, parce que la forme annulaire de l'herpès tonsurant et le caractère de l'eczéma sont représentés en même temps et distinctement par les vésicules et les effets du grattage. Il n'est pas aisé d'obtenir une guérison durable ; la persistance des causes favorise les récidives, et l'on n'obtient que difficilement la destruction des germes parasitaires. Dans cette affection (et c'est là un caractère qui lui est particulier), le champignon est placé profondément, sans doute à cause de la grande épaisseur des couches épidermiques, et il faut pour l'atteindre dépasser les couches supérieures, circonstance dont il faudra se rappeler dans le traitement.

Parmi tous les moyens thérapeutiques dont il a été question jusqu'à présent pour le traitement de l'herpès tonsurant, il en est quelques-uns seulement dont l'expérience ait prouvé l'efficacité. Parmi ces derniers, ceux qui réussissent le mieux sont la pommade de chrysarobine et l'onguent de Wilkinson, le naphtol en solution alcoolique (1 p. 100), sous forme de pommade (5 p. 100), les savons et les pâtes de soufre et de naphtol, que l'on emploie sous forme de badigeonnage dans un cycle de six à douze fois. Nous recommandons ensuite les applications de sublimé (1 sur 100 d'alcool), la pâte de goudron, d'alcool et de soufre, le goudron, la teinture d'iode. Si la guérison est lente et l'épaisseur de l'épiderme considérable, ce qu'il y a de mieux à faire pour amener la résolution, c'est d'avoir recours à la potasse (1 sur 2 d'eau), aux applications de savon mou, ou à l'acide acétique et, une fois que la cicatrisation a eu lieu, de faire des frictions avec les remèdes ci-dessus.

Il m'est impossible de déterminer si les eczémas semblables à des plaques, dans lesquels H. Hebra a trouvé des éléments parasitaires, représentent une catégorie particulière de dermatomycose eczémateuse (1).

---

(1) I. — Beaucoup des confusions de mots et de choses qui seront remarquées par le lecteur dans l'exposition, faite par l'auteur, de l' « *eczéma marginé* », cessent si l'on veut bien remarquer que ce terme ne représente pas une maladie *fermée*, mais une *forme topographique* d'épidermodermite qui peut être réalisée par plusieurs causes pathogéniques.

Ce n'est pas seulement le trichophyton qui peut produire le type clinique indiqué par Hebra, mais encore le microsporon d'Eischtedt, et quelques autres. Le plus habituellement, c'est le trichophyton; et l'eczéma marginé est communément un eczéma *trichophytique*, ou mieux une *trichophytie* eczématoïde, ou eczématique, marginée.

On comprend, alors, les *variétés* que peut revêtir le type clinique non

Suite de la note des Traducteurs.

seulement selon les conditions individuelles, mais encore selon le parasite, et aussi pour le même parasite, selon son *mode germinatif.*

Sur un même individu, en effet, ou sur des sujets différents, un parasite identique, le trichophyton par exemple, ne végète pas toujours de la même manière, avec une proportion comparable de spores et de mycelium, ni avec des gonidies ou des filaments de même prospérité germinative; et les irritations qu'il produit, les lésions qui en dérivent n'évoluent pas toujours dans des délais mesurés et égaux : Voici un sujet chez lequel le trichophyton détermine, selon sa règle habituelle, des disques et des anneaux érythémateux irritatifs, qui évoluent en *quelques jours* ou en *quelques semaines;* mais en voici un autre qui présentera une éruption circinée torpide, végétant sur place pendant PLUSIEURS ANNÉES, et le parasite sera le même trichophyton.

II. — La dénomination d'eczéma marginé, qui certainement est litigieuse en principe, peut être conservée, au moins provisoirement; elle serait certainement plus exacte dans la généralité des cas, si elle était modifiée par l'addition du mot parasitaire — *eczéma parasitaire marginé.*

Mais la qualification d'eczéma est souvent fort contestable, et le mot d'*intertrigo* parasitaire serait en réalité le moins imparfait. Qu'est-ce aujourd'hui, en effet, qu'un « *eczéma* »? Et quelle signification accorder à un terme, prodigué à une infinité d'affections différentes, depuis l'érythème jusqu'au lichen en passant par le psoriasis? A la vérité, si l'on adoptait le thème de Unna admettant que l'eczéma est *nécessairement* une maladie parasitaire — voy. UNNA, Nature et traitement de l'eczéma, *Congrès de Birmingham*, août 1890 — la question serait considérablement simplifiée.

Mais assurément non, l'eczéma n'est pas toujours parasitaire, et s'il l'était, il devrait perdre son nom, pour recevoir une dénomination basée sur la connaissance de son élément pathogène. Que beaucoup d'affections dénommées eczéma aient un parasite pathogène, nous ne le contredisons pas; mais, aussi longtemps que la flore cutanée sera tellement riche que l'on ne peut savoir à quel microphyte s'en prendre, ce thème ne pourra pas être sérieusement soutenu au *sens général.* Dans l'état actuel de la science il y a trop de choses que nous ignorons, *que nous ne pouvons pas comprendre en raison de cette ignorance*, pour qu'il ne soit pas préférable d'ajourner ces discussions.

III. — L'*intertrigo parasitaire marginé* s'observe surtout dans les pays chauds, les saisons chaudes; dans les pays tempérés et froids chez les sujets qui portent des vêtements de laine en contact avec la peau, des ceintures ou des gilets qui, dans la flexion du corps, viennent au contact avec les surfaces en rapport; sur les sujets « arthritiques », obèses, idrosiques, et sur ceux qui négligent, ou ignorent, les soins et les ablutions de la toilette du corps.

Chez un sujet qui ferait, chaque jour, le lavage au savon des plis cruro-scrotal, fessier, des plis axillaires, et qui ne porterait ni vêtement de

Pityriasis versicolore

Le pityriasis versicolore (1), considéré à tort par quelques pathologistes comme un « chloasma », connu par les gens du monde sous le nom de « taches hépatiques », se manifeste sous la forme de points

---

flanelle ni suspensoir infectés, on ne verrait jamais (on ne voit jamais) se produire l'intertrigo parasitaire marginé.

La prophylaxie en est fort simple; mais combien de personnes qui s'inondent d'eau froide chaque matin selon la mode actuelle, ne savent pas que la toilette locale réclame pour beaucoup de sujets, idrosiques et stéatidrosiques, l'usage de l'eau chaude, du savon, d'un linge non contaminé, au lieu des éponges indésinfectables. Combien prennent de leur linge de corps, des vêtements de dessous surtout, le soin nécessaire? Le médecin dermatologiste, qui sait à quoi s'en tenir à cet égard, sait aussi combien la très grande généralité des individus ignore jusqu'aux éléments de l'hygiène du vêtement.

Si l'*intertrigo marginé*, de quelque nature qu'il soit, n'est pas très ancien, s'il n'a pas déterminé de dermite lichénoïde, ou bien s'il n'y a pas d'épidermite eczématique *aiguë*, sa guérison est rapide et aisée, par tous les moyens de traitement de la trichophytie des parties glabres; s'il y a de la dermite aiguë, le traitement banal — lotions alcalines faibles, écartement des surfaces, etc. — sera d'abord appliqué ; si la dermite est chronique avec derme épaissi, les emplâtres de zinc d'abord, puis de Vigo fin en couche très atténuée, l'huile de cade, etc., — réussiront aisément. Et la guérison sera solide si le malade est instruit des règles de l'hygiène de la peau aux régions de contact, et de l'hygiène des vêtements, par un médecin qui en connaisse lui-même les principes, et qui *prenne la peine* de rectifier les défectuosités qu'il aura constatées dans les vêtements, et dans les habitudes du patient. Les suspensoirs anciens doivent être détruits, de même les bandages herniaires infectés, tous les linges de corps doivent être désinfectés à l'étuve, et convenablement entretenus, etc. Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Écrivant en français nous écrivons *versicolore*, et non *versicolor* comme on le fait généralement. A de rares exceptions près il n'y a aucune raison de conserver l'habitude surannée de latiniser les qualificatifs des termes latins que l'usage a *francisés*. Nous disons, par exemple : pityriasis pilaire, pityriasis de la tête, etc., psoriasis ponctué, en gouttes, linéaire, etc., *et non* pityriasis *pilaris*, *capitis*, psoriasis *punctata*, *guttata*, *gyrata*, etc.

I. — *Versicolor*, versicolore (variable de couleur) est un qualificatif emprunté à la botanique, où on l'applique aux organes qui changent plusieurs fois de couleur pendant les phases de leur développement, comme la corolle de diverses borraginées. Cette qualification, que les auteurs omettent communément de préciser ou d'expliquer, a une valeur réelle, en ce sens que la « couleur café au lait » du pityriasis d'Eischtedt peut varier chez le même malade, au point d'être quelquefois momentané-

dont la coloration varie du jaune pâle, brun jaune au brun foncé, rarement rouge pâle, de taches irrégulières de la dimension d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes à celle de la paume de la main, et sur-

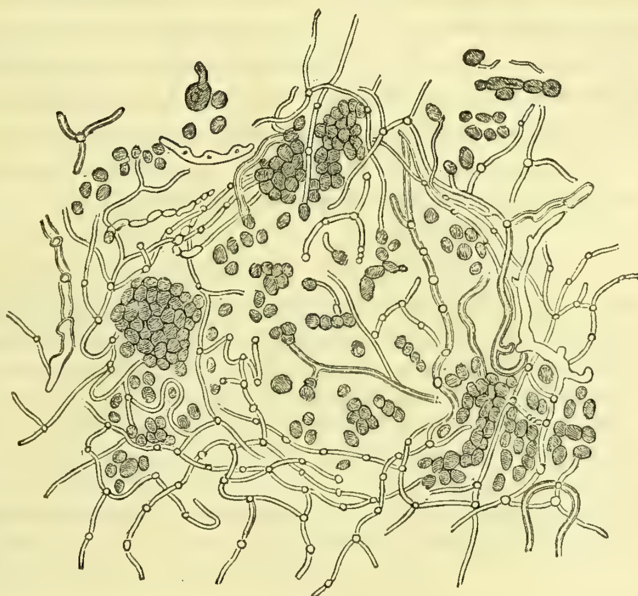


Fig. 67.

Microsporon furfur, champignon du pityriasis versicolore. Grossissement d'environ 700 diam. (Dans le dessin on n'a pas représenté les cellules épidermiques dissoutes.)

---

ment rosée, et simuler une éruption d'une autre nature, surtout dans les cas où il est disposé en gouttes.

II. — La dénomination de pityriasis versicolore est moderne, elle a été donnée par Willan, au commencement de ce siècle, pour différencier certaines éruptions pseudo-chromiques — les taches dites *hépatiques* particulièrement — des hyperchromies ou des dyschromies véritables : éphélides, chloasma, vitiligo, etc. Cependant, si le mot appartient à Willan, la chose avait été indiquée bien antérieurement par divers observateurs, et notamment par Sennert; mais ceux-ci, pas plus que celui-là, ne pouvaient deviner la nature véritable de l'affection, la reconnaître dans toutes ses variétés, et donner en réalité des moyens de diagnostic assez absolus pour que la connaissance de l'éruption devint vulgaire. En vain avaient-ils, avec un grand talent d'observation, précisé ses caractères principaux : variabilité de la teinte chez le même sujet (versicolore), disparition et réapparition des taches, desquamation (pityriasis), lieu d'élection au thorax, etc., la confusion ne cessa de s'accroître (nous ne disons seulement pas de persister) que lorsque

venues simultanément sur de grandes surfaces de la peau. Ces taches sont tantôt unies, brillantes, tantôt mates et squameuses, Parfois il se forme aussi, par régression centrale, des cercles dont l'étendue dépasse celle d'une pièce de 50 centimes (1). Elles ont leur siège principal au tronc, au cou et aux côtés de flexion des membres supérieurs, plus rarement à ceux des membres inférieurs, jamais aux mains, aux pieds et à la face. On les observe également sous forme de taches, nettement délimitées, brun jaune, squameuses, dans le creux de l'aisselle, dans la région sous-mammaire et aux surfaces de contact du scrotum et de la cuisse (2). On peut enlever par le grattage avec l'ongle, sous forme de

---

Eischstedt — 1846, *Froriep's Notiz.*, vol. XXXIX — eut démontré la nature parasitaire de l'affection. Depuis lors, cependant, les plus singulières difficultés, ou les plus inexplicables confusions, ont encore été produites même par des maîtres éminents et illustres; on regrette, par exemple, qu'Erasmus Wilson ait pu s'attarder à contester la nature parasitaire du pityriasis d'Eichstedt; que Hebra ait tenté, un moment, de le rattacher aux hyperychromies, et surtout que notre Bazin ait pu enseigner, contre toute évidence, l'identité du chloasma (masque des femmes enceintes) et des éphélides lenticulaires, avec le pityriasis versicolore. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il y a une grande multiformité : Quelquefois le pityriasis versicolore est *ponctué :* ce sont de toutes petites taches jaunes sertissant l'orifice d'un follicule pileux et affectant parfois une disposition élégante; d'autres fois, ce sont des *gouttes* assez régulières pour simuler diverses autres formes éruptives de même ordre; plus rarement des *disques* réguliers, ou des *anneaux*, UNNA — *Mik. Beitr. Viertel. f. Dermat.*, etc., 1880, nos 2 et 3. — Très communément, ce sont des plaques, des nappes irrégulières couvrant de vastes étendues du thorax, des épaules, des plis articulaires, à bords plus ou moins irrégulièrement dessinés. Chez le même sujet, toutes les formes, ou presque toutes, peuvent coexister, et les plus élémentaires se retrouvent entre les lacs ou disques principaux. E. B. — A. D.

(2) Tous les points de la surface du tégument externe, à l'exception de la main et du pied, peuvent être le siège du pityriasis versicolore; mais les parties habituellement couvertes constituent les lieux à peu près exclusifs de son développement. Non pas, comme on l'a dit, que le parasite ne puisse fructifier aisément à l'air et à la lumière, mais parce que les conditions de germination sont plus favorables dans les parties recouvertes par les vêtements, et plutôt encore parce que ces mêmes parties sont moins exactement soumises aux ablutions régulières. Nous ne croyons pas, par exemple, à la possibilité de la culture du pityriasis versicolore sur des régions qui seraient soumises très exactement chaque jour à des lotions savonneuses.

On peut l'observer sur le col, à la nuque, et jusque dans la partie

lamelles, l'épiderme des taches, et la base rouge et saignante est mise à nu (1). Un prurit modéré accompagne cette maladie qui, dans des points isolés chez quelques personnes, persiste d'une manière diffuse et générale avec de légères modifications souvent pendant de nombreuses années, quinze à vingt ans. Son développement se fait d'une manière insensible, ainsi que sa régression, qui se produit parfois de bonne heure, mais toujours à un certain âge, vu que chez les personnes âgées, on ne rencontre jamais le pityriasis versicolore, mais seulement chez celles qui sont entre la puberté et l'âge mûr.

On peut voir immédiatement au microscope, dans les lamelles épidermiques enlevées par le grattage, le champignon propre à cette mycose découvert, en 1846, par Eichstedt, et désigné par Robin sous le nom de microsporon furfur (fig. 67). Il consiste en gonidies extraordinairement et régulièrement grosses, qui forment toujours de petits amas au nombre de trente, et même plus uniformément répartis, et en mycéliums multiformes et courts qui relient entre elles ces gonidies et ces

---

velue du visage, chez l'homme, dans le cas où il existe sur le tronc.

Nous l'avons, une seule fois, mais de la manière la plus certaine, constaté à la région frontale, où il simulait le chloasma, chez une jeune femme.

En résumé, la région thoracique, antérieure et postérieure, les épaules, la partie inférieure du cou, la région péri-ombilicale, les aisselles, les plis antibrachiaux, les aines, les régions poplitées, puis la face interne des membres, en dernier lieu les régions velues, notamment chez l'homme, voilà, par ordre de fréquence, les points où l'on peut rencontrer le pityriasis d'Eichstedt.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il y a à distinguer, dans le pityriasis versicolore, la *desquamation* et la *desquamativité*.

Tantôt les taches sont lisses, tantôt farineuses et manifestement pityriasiques, mais ce caractère n'appartient pas à toutes les périodes de l'évolution du parasite, et sa valeur diagnostique est secondaire; ce qui est constant, c'est l'*altération de consistance* de la couche cornée superficielle de l'épiderme, laquelle, infiltrée de microsporon, se laisse plisser et *décoller* aisément, soit par le grattage avec une curette, soit plus pratiquement par le grattage avec l'ongle. Un *coup d'ongle* donné un peu brusquement, même sans atteindre le sommet des papilles et sans produire le plus petit écoulement de sang, produit facilement le *lambeau desquamatif*, qui est à peu près absolument pathognomonique. Dans les cas douteux, le grattage avec la curette, la pointe d'un canif, etc., permettent toujours de produire une exfoliation suffisante pour le contrôle microscopique, ou pour les cultures.

E. B. — A. D.

amas de gonidies et qui, en partie, émettent des gonidies, en partie proviennent de ces mêmes gonidies (1).

On n'a jamais vu une prolifération du champignon pénétrer dans

---

(1) I. — Dans un travail publié en commun avec Balzer, le Pityriasis versicolore, avec planches — *Gaz. hebd. de méd.*, 1882 — nous avons résumé de la manière suivante la technique et les caractères histologiques du pityriasis d'Eichstedt :

Technique. — Dans la grande majorité des cas, l'analyse histologique du pityriasis versicolore est des plus faciles, il suffit de transporter sous le champ du microscope la lamelle épidermique obtenue par le grattage d'une tache et placée dans la solution de potasse ou de soude à 40 ou 20 p. 100, ou dans l'ammoniaque, pour reconnaître immédiatement la présence du mycrophyte. En écrasant ou en dilacérant convenablement la lamelle, l'observateur le moins expérimenté fera immédiatement une constatation suffisante pour mettre le diagnostic hors de doute. Mais si le cas est douteux ou si l'on veut obtenir de belles préparations, il faut préalablement opérer le dégraissage dans l'éther, et colorer à l'aide de l'éosine ou du violet de Paris ; les épreuves ainsi obtenues montrent des détails importants, qui semblent difficiles à constater nettement sur les pièces non colorées. La méthode de Weigert donne les plus beaux résultats.

D'ordinaire, le champignon est à ce point abondant qu'on le trouve immédiatement; quelquefois on est obligé de le chercher assez longtemps. Cette dernière remarque a trait surtout aux cas dans lesquels il existe simultanément plusieurs microphytes à la surface de la peau.

II. — *Description du parasite.* — Quoi qu'il en soit, dans l'immense majorité des cas, le *Microsporon furfur* se reconnaît rapidement, grâce aux dispositions caractéristiques qu'il affecte. Il se présente sous l'apparence de grappes, d'amas de spores plus ou moins nettement circonscrits, et reliés entre eux par des tubes irrégulièrement disséminés entre les cellules épidermiques.

Le volume des amas de spores est très variable; on peut compter 5, 10, 20, 30 spores dans une grappe, et d'autres fois la végétation sporulaire est tellement abondante que les spores forment une véritable nappe continue dans toute l'étendue de la préparation.

L'étendue des spores est absolument variable; elles sont presque toutes rondes, ou offrent un aspect aplati, rappelant un peu celui des globules du sang. On reconnaît facilement qu'elles sont constituées par un noyau de substance grenue, de volume variable et par une gaine protoplasmique homogène et transparente. Ces détails se voient bien sur les préparations colorées, le réactif se fixant sur le noyau, tandis qu'il respecte son enveloppe. Les éléments en contact avec le réactif sont rapidement colorés : ils ne paraissent pas offrir à ce point de vue une résistance comparable à celles des éléments de l'achorion et du trichophyton. Toutefois la macération doit être encore assez prolongée, si l'on veut que le réactif atteigne les spores placées dans les couches les plus profondes de l'épiderme.

les poils, mais seulement dans l'épiderme de l'orifice folliculaire (Gudden) (1).

Bien que Köbner et tout récemment Hublé aient plusieurs fois pu s'inoculer expérimentalement le pityriasis versicolore, il est cependant vrai que la transmission accidentelle de cette affection d'un individu à un autre a rarement lieu, bien que le parasite existe en grande quantité et soit superficiel. Une disposition tout à fait spéciale de la

---

Les tubes présentent un ensemble de caractères très importants :

1° Ils sont *courts* et par conséquent peu flexueux; ils sont droits ou contournés plus ou moins fortement en U; 2° *ils sont peu ramifiés;* plus souvent ils sont libres, *isolés* ou *placés bout à bout;* 3° ils présentent la même constitution que les spores, c'est-à-dire qu'ils ont une *enveloppe* homogène, transparente, résistant aux agents colorants, et un *contenu* d'apparence compacte, un peu granuleux, qui peut occuper toute la longueur du tube ou bien être plusieurs fois segmenté.

Mais si les éléments du *Microsporon furfur* présentent une disposition et un ensemble de caractères propres à les faire distinguer facilement des autres parasites, leur mode de végétation reste obscur. On voit assez fréquemment une spore ou même deux spores placées à l'extrémité d'un tube; les tubes sont souvent renflés à leur extrémité; on observe souvent aussi la segmentation de leur contenu; mais on ne voit pas se produire la segmentation de la gaine protoplasmique.

Ce qui paraît, en revanche, très vraisemblable, c'est que les éléments se produisent et se multiplient aussi bien par l'intermédiaire des tubes que par celui des spores. Celles-ci en se développant et en s'allongeant donnent naissance aux tubes et les tubes produisent eux-mêmes des spores, par le mécanisme que nous avons exposé. Leur extrémité se renfle à la manière d'un bourgeon; leur contenu se segmente, puis sans doute la gaine, et la nouvelle spore se trouve constituée.

La végétation parasitaire occupe un siège bien déterminé : elle ne dépasse pas les couches cornées de l'épiderme, pénètre peu dans le corps muqueux et s'arrête à ses limites, mais paraît occuper la couche cornée tout entière. Celle-ci est, en quelque sorte, infiltrée par le parasite qui la gonfle, la fait paraître saillante, lui donne un aspect terne, mat, dissocie les divers plans de cellules épidermiques qui la composent, et diminue enfin son adhérence au corps muqueux, circonstance que la clinique avait depuis longtemps relevée, et qui explique pourquoi il suffit d'un léger râclage, d'un coup d'ongle pour la détacher. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Cette impuissance particulière du microsporon d'Eischtedt à attaquer le poil, et à y trouver aliment est des plus remarquables; il est également à signaler qu'il ne possède aucun caractère irritant, alors que les éléments du trichophyton, par exemple, donnent lieu à des érythèmes allant jusqu'à la vésication, jamais les champs de microsporon ne déterminent de véritable irritation dermique, l'excitation hyperhémique mobile est son plus extrême mode d'action.

E. B. — A. D.

peau semble nécessaire (comme les expériences de G. Thin l'ont récemment confirmé) pour qu'il puisse se fixer, cela résulte déjà de ce que cette affection récidive facilement chez les personnes qui en ont été déjà atteintes, même après qu'elles ont été guéries plusieurs fois; on n'a, au contraire, pas observé de transmission certaine chez des personnes mariées, malgré une vie commune de plusieurs années. On voit à quel point le pityriasis versicolore diffère des autres mycoses par l'aspect, la marche, le mode particulier de végétation du champignon et les conditions de contagion. Les contagions de ce genre signalées dernièrement aussi par Hublé sont difficiles à prouver (1).

---

(1) HEINRICH KÖBNER, dans ses belles recherches sur les dermatomycoses — *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*, von Dr HEINRICH KÖBNER, Arzt in Breslau, Erlangen, 1864, — recherches qui n'ont pas reçu dans notre pays la vulgarisation qu'il eût été juste et utile de leur donner, a réalisé expérimentalement le premier, et seul à notre connaissance, cette transmissibilité à l'homme et aux animaux.

Voici ce qu'il dit du *Microsporon furfur* après avoir rapporté ses expériences sur le trichophyton :

« Nous avons été moins heureux dans les recherches sur la production du pityriasis versicolore, à l'aide des méthodes épidermoïdale et sous-épidermoïdale. Le résultat de nos tentatives resta longtemps négatif. A la fin cependant, l'ensemencement du microsporon sur mon sternum réussit, sous la forme de taches brunes et sèches. Sur des lapins, le microsporon produisit une abondante desquamation durant de cinq à sept semaines, entremêlée de petites gonidies et de mycélium grêle. »

Quelle est la durée de la germination du *Microsporon furfur*, ou autrement, combien faut-il de temps pour que le parasite semé devienne cliniquement visible? Voilà une question essentielle, sans la solution de laquelle il est tout à fait impossible d'étudier sérieusement ce qui a trait à la contagion de l'affection. Mais comme Köbner a oublié, dans le travail cité ci-dessus, de dire ce qu'il en était, les auteurs ne s'en sont pas autrement inquiétés, et n'ont pas soulevé cette question indiscrète. Cependant le savant professeur avait consigné dans ses notes la durée de cette germination qui n'a jamais été inférieure à trois ou quatre semaines (il a bien voulu relever ses notes sur ce point à notre demande), et il en avait, d'autre part, signalé l'indication précise en 1867 dans le *Jahresbericht der Schlesischen Gesellschaft fur vaterlandische Cultur, medicinische Section, pro* 1866, p. 181, d'après la démonstration qu'il a faite devant cette Société d'une inoculation réussie. C'était la première.

Cliniquement, la démonstration de la contagiosité du pityriasis versicolore est plus complexe; mais les occasions de constater l'affection à la fois sur deux conjoints ne sont pas tout à fait aussi rares que cela a été dit. Ici, l'enquête doit être directe et non médiate; plus d'une fois, nous avons pu retrouver des nappes de pityriasis versicolore sur des

Au point de vue du diagnostic, une erreur est à peine possible; même les formes rappelant la roséole syphilitique par des taches rouge tendre et discrètes se reconnaîtront à première vue, puisqu'on peut les enlever avec l'ongle (1).

---

sujets qui en ignoraient absolument l'existence, et niaient avoir aucune éruption sur la peau. On ne doit donc considérer comme faits absolument négatifs que ceux dans lesquels le médecin a pu constater *de visu*, après examen *suffisant*, que le conjoint du sujet pityriasique était absolument indemne. Voy., comme complément, la note 2 de la page 454, Tome II, 1re édit. de cette traduction et notre travail de 1882, *loc. sup. cit.*, et Cf. Hublé, Rech. sur le Pityr. versic., sa transmissibilité, et ses conséquences en médecine judiciaire — *Revue médicale de Toulouse*, juillet 1886.

L'histoire du pityriasis versicolore comporte encore beaucoup d'autres particularités curieuses, ou de points intéressants que l'obligation où nous sommes de nous borner ne nous permet que d'indiquer.

La germination du microsporon dans la couche cornée ne s'effectue ni dans *l'enfance* ni pendant *la vieillesse* — nous n'avons jamais trouvé le pityriasis versicolore chez le vieillard ni chez l'enfant — elle subit des phases d'augmentation, de diminution selon les *saisons*, le vêtement, l'état du trophisme kératosique. Les *phthisiques* présentent du pityriasis versicolore surtout dans les formes lentes chroniques; mais une maladie *aiguë* intermittente, amène, chez tous les sujets, un affaissement dans la germination du microsporon comme dans celle du trichophyton ou du favus. Ce n'est pas une *disparition*, comme l'a très bien noté E. Audignier, *Thèse de Paris*, 1886, mais un affaissement temporaire. Une maladie fortement desquamative, comme la scarlatine, élimine complètement le microsporon.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Cela n'est pas toujours exact; non seulement chez certains sujets le signe du coup d'ongle manque régulièrement; mais après une première desquamation thérapeutique, la couche cornée non desquamée peut rester infiltrée de microsporon, sans desquamer au coup d'ongle.

Si pour un dermatologiste le *diagnostic* est toujours élémentaire, il est loin d'en être de même pour tous les médecins, et il n'est pas superflu d'établir une différenciation, de savoir les erreurs principales à éviter, et être prévenu que certains cas, et certaines localisations surtout, peuvent prêter à ambiguïté.

I. — Il n'est pas rare, tout d'abord, que le pityriasis versicolore échappe au médecin, si celui-ci n'examine pas la surface du corps, ou si, la regardant, il ne la *voit* pas d'un œil suffisamment attentif, ou sous un jour favorable.

Au premier rang des éliminations à faire, se placent les taches hyperchromiques, ou dyschromiques, ainsi que diverses colorations accidentelles du tégument.

En aucun cas, les taches hyperchromiques vraies ne donnent par

Suite de la note des Traducteurs.

le *coup d'ongle* le lambeau desquamatif chargé de microphytes, pathognonomique du pityriasis versicolore; traitées par la teinture d'iode, elles ne s'imprègnent pas d'un excès d'iode au même titre que les champs de microsporon et en général toutes les taches phytodermiques, excellent signe pratique que nous ne cessons de signaler.

Dans cet ordre, on saura distinguer la syphilide pigmentaire du cou, les macules syphilitiques de tout genre, le chloasma (masque des femmes enceintes), et toutes les mélanodermies, cachectiques ou parasitaires, localisées, consécutives aux irritants, vésicatoires, applications de teinture d'iode, etc.

Dans les dyschromies, on évitera surtout la confusion avec le vitiligo et avec la lèpre maculeuse, confusion que nous avons vue faite plus d'une fois; dans ces deux formes de peau maculeuse, la distinction peut toujours se déduire immédiatement, du fait de la coïncidence de l'achromie centrale et de l'hyperchromie périphérique, phénomènes caractéristiques de ces dyschromies.

On se tiendra en garde, là comme il le faut faire constamment en dermatologie, contre les taches simulées, contre les amas séborrhéiques, contre les crasses de tout ordre; l'eau chaude et le savon serviront de moyen diagnostique péremptoire.

En dehors des taches pigmentaires, la roséole maculeuse pourrait, à la rigueur, être confondue avec du pityriasis versicolore en gouttes, si la possibilité de cette erreur n'était pas dûment signalée. Dans tous ces cas enfin, l'examen histologique pourra toujours être invoqué par tous, en raison même de son extrême simplicité qui met la constatation de ce mycoderme à la portée des moins experts.

Si le pityriasis versicolore n'existait que sur les surfaces libres, aucune ambiguïté réelle de diagnostic clinique n'existerait, mais les difficultés commencent aussitôt qu'il est question de surfaces de contact, sillon intermammaire, creux axillaire, pli du coude, région fémoro-ano-génitale, creux poplité. Dans ces régions qui constituent des champs de culture excellents pour tous les mycodermes, l'irritabilité spéciale du tégument, l'abondance des sécrétions sudorale et sébacée, l'absence de soins suffisants, etc., atténuent les caractères cliniques différentiels de chacun des parasites, ou donnent lieu aux lésions communes de l'intertrigo (érythème, desquamation, eczéma, etc.) qui masquent plus ou moins les caractères typiques.

II. — Histologiquement, les difficultés ne le cèdent en rien aux difficultés cliniques, et se compliquent souvent de la coexistence chez le même sujet, ou sur le même point du tégument, de plusieurs parasites.

En signalant la coïncidence fréquente du pityriasis versicolore avec l'érythrasma et leur confusion possible, Köbner, l'un des premiers, le premier peut-être, a eu la notion précise de ces difficultés. De son côté, Kaposi a très explicitement indiqué qu'en certaines régions, le pityriasis versicolore pourrait être confondu avec l'*Herpes tonsurans*. Cette dernière remarque est très exacte, mais elle ne saurait avoir toute l'étendue

Le traitement du pityriasis versicolore doit être dirigé d'après le même principe et avec les mêmes méthodes et remèdes employés dans l'herpès tonsurant maculeux; il s'agit également ici de faire tomber

---

Suite de la note des Traducteurs.

que lui a assignée son auteur, car plusieurs des efflorescences que Kaposi et ses élèves admettent comme *Herpes tonsurans*, ont des caractères mycologiques différents, ou sont trop décidément frustes pour qu'il soit possible de les rapporter ainsi, d'autorité, au trichophyton. Quand une lésion est vraiment trichophytique, hormis les cas très anciens ou déformés par l'intensité des altérations inflammatoires, ou par l'activité d'une intervention thérapeutique antérieure, on trouve à l'examen histologique les caractères si nets de la végétation de ce mycoderme, et on les constate toujours, au moins dans les poils de la périphérie.

III. — Beaucoup plus difficile encore est l'affirmation, ou la négation, dans quelques-unes de ces formes curieuses d'érythème circiné furfuracé, de pityriasis rosé, d'érythème papuleux desquamatif, d'eczéma circiné et marginé, si fréquents en avant du sternum et dans la région dorsale. Dans la plupart de ces cas, les caractères histologiques sont frustes (spores banales), ou se rapprochent plutôt de ceux du *Microsporon furfur* que de ceux du trichophyton; dans tous, il faut se mettre en garde contre la *coïncidence* des divers parasites et notamment du *Microsporon minutissimum* de Burchhardt — *Med. Zeit.*, 1859, Berlin, voy. trad. française de Kaposi, 1881, t. II, note des traducteurs et plus loin note 1, p. 863, et du *Microsporon anomœon* de E. Vidal — *Ann. de Dermatologie*, 1882.

Sur le thorax, le pityriasis versicolore est absolument commun, le microsporon de Burchardt et le parasite de Vidal assez fréquents, le trichophyton plus rare; la supposition de fréquence de ce dernier est venue, de sa confusion avec quelques-uns des autres mycodermes, et de l'annexion qui lui a été faite, abusivement selon nous, d'efflorescences jugées parasitaires sur des caractères histologiques que nous déclarons insuffisants.

Dans les plis axillaires, antibrachiaux, le trichophyton est relativement rare, le pityriasis versicolore plus commun, et l'érythrasma assez fréquent; dans le pli inguino-génital, aux points de contact du scrotum avec la cuisse, tous les parasites sont communs, y compris l'érythrasma, et la difficulté de diagnostic clinique y est souvent très ardue. Si l'affection y est très ancienne, médiocrement irritative, les disques uniformes sur toute la surface, l'érythrasma est plus probable; si les disques sont nettement circinés, très irritatifs à la périphérie; si l'affection a évolué avec rapidité, le trichophyton est presque certain; si les caractères sont douteux, l'irritation dermique peu intense ou nulle, la desquamativité facile, le pityriasis versicolore existe probablement. Mais il faudra presque toujours le contrôle microscopique qui sera facile et éclatant s'il s'agit de microsporon furfur, ou de trichophytie récente. Pour le microsporon de Burchhardt, la délicatesse du parasite rend l'apprécia-

d'une manière méthodique et en peu de jours toutes les couches épidermiques supérieures qui sont le siège du champignon (1).

E. Vidal a dans ces derniers temps décrit comme mycose spéciale, sous le nom de « pityriasis circinata et marginata », des plaques variant du rose au brun pâle, avec desquamation modérée, et dont la dimension peut atteindre jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes; ces plaques s'observent sur le tronc, les membres, au creux des aisselles. Il a donné à ce champignon, qui est caractérisé par de très fines spores (sans mycélium), le nom de « microsporon anomeon ou dispar ».

Érythrasma (Bärensprung)

L'érythrasma (Bärensprung) est une forme morbide assez fréquente et par conséquent aussi plus généralement connue que la précédente. Son individualité clinique et mycosique a été établi dans ces dernières années

---

tion vraiment difficile pour les médecins peu versés dans ces recherches.

Nous ne voulons pas prolonger cette étude un peu ardue. Nous avons jugé nécessaire, cependant, de signaler l'écueil et les difficultés de ce diagnostic du pityriasis versicolore, qui a été vraiment trop simplifié par les auteurs.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Il n'est pas très difficile de guérir le pityriasis versicolore, mais, à en juger par les nombreuses *récidives* qu'ont éprouvées les malades dont on étudie avec soin l'histoire, on reconnaît qu'il est moins aisé de le détruire *radicalement*. Les récidives ont deux sources : une guérison *incomplète*, et une *réinfection* par les linges de corps.

Pour obtenir la guérison complète, il faut agir, non seulement sur le plan corné épidermique superficiel, mais encore dans les lacunes de l'épiderme, et dans les infundibula pilaires, qui lui servent de réceptacle. Quand on observe la récidive, c'est par là qu'on la voit *débuter*, et, à l'origine, le pityriasis versicolore est toujours périfolliculaire ou péripilaire — *Pityr. vers. ponctué*.

La plupart des moyens qui ont été proposés sont bons s'ils sont surveillés et, exécutés pendant un temps suffisant, jusqu'à ce que la curette ne trouve plus trace du parasite en aucun des points précédemment envahis, c'est-à-dire lorsque la *guérison histologique* est réalisée. Si l'on se contente de la guérison clinique, *guérison apparente*, la récidive est, à peu près assurée.

Si les surfaces envahies par le microsporon ne sont pas très étendues, le remède le plus simple consiste à faire des frictions de teinture d'iode, jusqu'à élimination réitérée des couches cornées occupées par le microsporon.

Si les surfaces sont plus étendues, ou si l'on rejette l'exfoliation

par E. Besnier, Balzer et Dubreuilh, ainsi que par des descriptions et des recherches exactes dues à Weyl, Köbner et Riehl.

Il se manifeste sous forme de disques, très circonscrits, rouge pâle, jaune jusqu'à brun foncé, unis ou à furfuration fine, ayant leur siège sur les surfaces de contact du scrotum et de la cuisse, du creux des aisselles, du pli des seins, plus rarement sur la peau voisine de ces régions et de préférence chez des hommes d'un âge mûr. Les plaques ne deviennent prurigineuses que sous l'influence de la transpiration et ont un caractère extrêmement chronique. Les squamules épidermiques des plaques d'érythrasma peuvent se détacher facilement et renferment un champignon — microsporon minutissimum, Bärensprung — découvert en 1859 par Burchhardt, ce champignon est constitué surtout par des mycéliums rectilignes, allongés, très fins et des gonidies correspondantes. Il a été étudié dans tous ses détails par les auteurs ci-dessus et en somme décrit et dessiné d'une manière identique.

Par contre, le pityriasis maculata et circinita que Duhring a décrit et qu'il regarde comme identique au pityriasis rosé et circiné (Bazin, Biett, Gibert, Hardy, Horand), me semble correspondre peut-être sous certains rapports à notre herpès tonsurant maculeux et peut-être aussi à une forme aiguë d'érythème. Il ne m'est pas possible de trancher cette question d'après la seule description de ces cas (1).

---

iodique pour une raison quelconque, on peut arriver au but à l'aide du traitement suivant fort simple :

1° Savonner *très exactement* à eau *chaude toutes* les parties malades, le matin au lever.

2° Le soir, au coucher, faire une *friction* de quelques minutes, sur *toutes* les surfaces malades avec la pommade suivante :

Résorcine et acide salicylique. . . .	ââ	1 à 3 grammes.
Soufre précipité.		5 à 15 —
Lanoline, vaseline, axonge	ââ	25 —

S'il survient un peu d'irritation érythémateuse de la peau, on interrompt, et on fait l'examen histologique, qui décidera de la suspension ou de la reprise.

Une semaine de traitement, — *bien exécuté* — est en moyenne suffisante.

Si l'on ajoute à cela la désinfection à l'étuve humide, après savonnage des chemises de laine, gilets de corps, etc., on aura mis le malade à l'abri de la récidive.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le lecteur sait surabondamment par ce que nous avons dit en maint endroit et notamment pp. 808 et 809, que le pityriasis rosé de Gibert est absolument indépendant de la trichophytie. Sur divers points relatifs à l'*érythrasma*, plusieurs notions complémentaires sont indispensables ; nous les avons réunies dans l'appendice suivant :

APPENDICE DES TRADUCTEURS

DE L'ÉRYTHRASMA

I

Comme les autres choses, les maladies ont leur destin. Il y a plus de trente ans que Burchhardt — *Preuss. Vereinszeitung*, 1859 — a décrit, sous le nom de *miscrosporon minutissimum*, un épidermophyte particulier. Presque autant de temps s'est écoulé depuis que v. Bärensprung — *Ann. d. Charitekrankh*, 1862 — a donné le nom d'érythrasma à l'affection qui en dérive, ou que H. Köbner — Med. Sect. des Schlesisch. — *Gesellsch. f. Vaterland. Kult. z. Breslau*, 1866 — en a montré la transmissibilité par la voie expérimentale. Et cependant, en 1880, à l'époque de la première édition de cette *traduction*, cette affection, qui est loin d'être rare, demeurait inconnue, mal comprise, ou systématiquement méconnue.

Il a fallu, en quelque sorte, que nous en fassions à nouveau la découverte clinique, pour que l'épidermophytie de Burchhardt et la maladie de v. Bärensprung fussent remises en lumière ; il a fallu, en outre, les recherches de notre collaborateur et ami F. Balzer — *Notes* de la 1re édition de la *Trad.* de Kaposi, T. II, note 2, p. 446, et *Ann. de Dermat. et de Syph.* 2e série, T. IV, 1883, p. 681, de F. Balzer et Dubreuilh, Obs. et Rech. de l'erythrasma, etc. — *eod. loc.* T. V, 1884, pp. 597-661 — pour que le classement histologique en fut définitivement établi.

Voici ce que disait le professeur Kaposi dans l'*édition* sur laquelle a été faite la *trad. franç.* de 1881, T. II, p. 446.

« Köbner et Pick, en premier lieu, et plus tard moi-même, avons trouvé, dans l'épiderme correspondant aux cercles de l'eczéma marginé, des champignons semblables à ceux de l'herpès tonsurant, et les deux auteurs que je viens de nommer ont fait valoir, en partie expérimentalement, des motifs à l'appui de l'opinion que l'*érythrasma* de Bärensprung et l'*eczéma marginé* de Hebra sont identiques entre eux et avec l'*herpès tonsurant.* »

Sur la confusion du *microscoporon minutissimum* avec le trichophyton, Köbner peut se disculper, car il a, au contraire, affirmé sa distinction : Voy. *Jahresber. u. d. Fortschr. d. Gesamm. Med. herausgegeb. v. Virchow u. Hirsch*, Berlin, 1867, Vol. II, p. 485; et Erythrasma — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1884. En réalité, nulle difficulté n'existait. Dans ses « nouvelles observations sur l'herpès », — *loc. sup. cit.* — v. Bärensprung avait indiqué la maladie avec une précision et une sobriété qui ne laissaient pas place à l'ambiguité :

« Je donne, dit-il, le nom d'*érythrasma* a une forme d'éruption contagieuse généralement limitée à la région inguinale ou axillaire, qui offre l'aspect d'un pityriasis rubra sous la forme de plaques arrondies ou semblables à des rosettes, nettement délimitées, et dans laquelle le Dr Burchhardt a découvert un champignon qui diffère de ceux que l'on connaît jusqu'à présent (*Preuss.*

Vereinszeitung, 1859). Le parasite, qui se distingue par la délicatesse particulière de ses éléments, a reçu le nom très bien approprié de *Microsporon minutissimum.* »

II

La recherche du *m. minutissimum* offre quelque difficulté pour des observateurs inexpérimentés, mais non pour des histologistes. La confusion et l'équivoque qui se sont établis, et qui ont persisté longtemps, dérivent uniquement de la création par Hebra, du type *eczéma marginé,* et de son application systématique à des affections entièrement distinctes.

Sur tous les points du tégument, des lésions cutanées, habituellement distinctes pour un médecin spécialement exercé, mais souvent assez semblables les unes aux autres pour embarrasser ces mêmes médecins plus particulièrement experts, peuvent être produites par des parasites divers. Dans toutes les régions où deux surfaces cutanées sont en contact, la confusion peut encore plus aisément s'établir, en raison même de l'uniformité des conditions anatomotopographiques et fonctionnelles que ces régions présentent.

Mais, toutes les fois où ces lésions ont des causes pathogéniques individualisées, telles qu'un microphyte classé, elles ne doivent plus être désignées sous des noms appartenant à d'autres états pathologiques tels que les dénominations d'eczéma, d'herpès, etc., avec les altérations desquels elles n'ont, en réalité, que des analogies plus ou moins grossières. Étant des lésions spécifiques, ces dermatophyties positives doivent être dénommées *spécifiquement*, c'est-à-dire, soit d'un nom conventionnel et exclusif, soit du nom de l'*espèce* de dermatophyte auquel elles sont attachées. Tels, par exemple, *pityriasis versicolore*, *érythrasma*, *trichophytie érythémateuse*, *vésiculeuse*, *squameuse*, *circinée*, *sycosique* ou *folliculitique*, etc., selon les caractères particuliers que présentent les espèces des genres, les formes des espèces, ou les variétés des formes.

En vain Hebra, sous l'action des recherches de H. Köbner — *loc. sup. cit.* — et de Pick, das Ekzema marginatum. Eine. Studie ü. d. Nat. u. d. Wesen dieser Krankh., — *Arch. f. Dermat.* 1869, p. 61, — a-t-il accepté, pour l'eczéma marginé, la qualification de *parasitaire*, U. d. Befund von Pilzen bei Eczema marginatum — *eod. loc.*, p. 163 — il n'a rien fait pour dégager les obscurités de la question, car la qualification de « parasitaire » n'a de valeur que si le parasite est déterminé et classé. Et si les lésions produites par les parasites divers, en ces régions, ont des caractères communs qui créent l'ambiguïté, il est néanmoins des caractères cliniques de différenciation, et l'examen histologique peut toujours prononcer en dernier ressort.

II

L'érythrasma est une dermatophytie *commune :* Quand on la cherche, on la trouve aisément, en ayant soin de relever les bourses, car souvent la plaque parasitaire est exactement limitée au contact scroto-crural ; on

la découvre ainsi chez des sujets qui en ignoraient l'existence, et chez d'autres qui déclarent qu'ils ont toujours « eu cela ». Si la surface malade a atteint trois à quatre centimètres de diamètre, on peut affirmer qu'elle dure depuis plusieurs années. Cela veut dire que le développement de l'érythrasma est très lent; que le *microsporon minutissimum* est au nombre des parasites les plus anodins.

Le lieu d'élection est le pli scroto-crural, puis la région axillaire; exceptionnellement les régions inguinales proprement dites, ou d'autres points, sont atteints, mais on trouve toujours alors le foyer originel scroto-crural.

L'érythrasma est surtout fréquent chez l'homme adulte, on le trouve beaucoup plus rarement chez les femmes, et toujours dans les régions périgénitales ou axillaires.

Les plaques érythrasmiques sont de forme arrondie; leur *dimension* est de deux à quatre centimètres en diamètre, mais elles peuvent être beaucoup plus étendues, et déborder plus ou moins largement le lieu d'origine, les plis scroto-crural, inguinaux ou axillaires. Chez un de nos malades, elles occupaient symétriquement les deux aisselles et les deux régions inguinales qu'elles débordaient très largement, les unes et les autres, dans toutes les directions; sur la cuisse, de vastes plaques isolées, ou adhérentes par un de leurs segments aux plaques inguinales, atteignaient jusqu'à la région du genou.

Leur *contour* est finement géographique, ou uni, non sensiblement élevé au-dessus du niveau, et n'ayant pas de marge; leur *couleur* typique est rouge orangé; mais chez certains sujets à peau brune, et à fonction pigmentaire active, il se fait des dégradations de teinte par suite de la pigmentation secondaire depuis la nuance initiale, jusqu'à une teinte brune plus ou moins accentuée, en passant par les tons du jaune-chamois; cela sans préjudice des variations de couleur liées aux variations produites dans la vascularité locale, sous des influences directes, accidentelles, ou générales.

Leur *surface* est très légèrement surélevée, ce que constate plus aisément le palper délicat que la vue, et, comme la teinte, uniforme dans toute son étendue, *égale au centre et à la périphérie;* on y constate un *plissé très fin*, et une *desquamation* fine et peu sensible sauf à la plus extrême limite, où elle est plus animée, jamais la couche cornée ne s'y exfolie par lambeaux, et ne peut être enlevée d'un coup d'ongle; il faut le grattage à la curette pour recueillir les éléments d'un examen histologique.

Le *microsporon minutissimum* est si peu irritant que, bien qu'en des régions particulièrement irritables, il ne détermine qu'un peu de *prurit*, rarement des poussées érythémateuses d'intertrigo simple, jamais d'eczéma proprement dit.

A tous ces caractères, on reconnaîtra aisément, lorsqu'on les aura une seule fois vues, les plaques de l'érythrasma : la forme, la couleur, l'uniformité de la plaque, l'absence de marge, le plissé fin, la desquamation fine, l'absence de lambeau par le procédé du coup d'ongle, permettent de différencier immédiatement l'érythrasma du trichophyton ou du pityriasis versicolore des mêmes régions. La

desquamation, la possibilité d'enlever, au raclage, la nappe colorée, permettront de ne pas confondre les plaques de l'érythrasma maculeux, brun, avec les taches pigmentaires. En cas de doute sur la nature du parasite, l'examen histologique trancherait aisément la question même pour un observateur imparfaitement versé dans l'histomycologie, car il saurait toujours constater l'absence du trichophyton et, surtout, celle du microsporon furfur. Quand ce dernier parasite existe à l'aisselle, ou au pli inguino-scrotal, il est d'ailleurs bien rare qu'il n'en existe pas en même temps sur d'autres régions du corps. Dans l'érythrasma, la couche cornée de l'épiderme, siège principal de la végétation du parasite, contient en grande abondance des éléments cryptogamiques d'une extrême ténuité; même lorsqu'on les examine avec l'objectif à immersion de Nachet, et à l'aide des plus forts oculaires, ces éléments présentent encore une gracilité surprenante. Le nombre considérable de tubes de mycélium et de sporules (ils ont pu être colorés par le violet de Paris), les réseaux multipliés, à mailles serrées, formés par les tubes, constituent des particularités extrêmement remarquables. Les tubes et les spores libres, ou incluses, sont tout à fait spécialisés par leur minceur et par leur finesse, qui permettent de les différencier de tous les autres parasites.

Bien que le siège principal de ce parasite soit la couche cornée tout entière, Balzer l'a aussi déterminé jusque dans le voisinage du corps muqueux; il ne pénètre pas jusque dans les bulbes pileux, et n'attaque pas directement le poil; cependant on observe, au niveau de la surface cornée du poil, des masses parasitaires adhérentes, ne dépassant pas la la couche corticale, rappelant la végétation chevelue du leptothrix buccal.

La coloration des plaques est due, non seulement à l'abondance extrême du parasite qui infiltre la couche cornée, mais encore à la présence de granulations pigmentaires mêlées aux sporules (irritation cutanée et prurit chroniques).

Voici la technique histologique employée par Balzer et Dubreuilh, — *loc. sup. cit.*, p. 603 :

« L'emploi de l'éosine et de la potasse à 40 p. 100 donne d'excellents résultats pour l'examen extemporané.

Pour les préparations persistantes, nous employons indifféremment les deux méthodes suivantes :

1° Coloration des squames par le violet d'aniline ou le violet de gentiane ; lavage à l'eau distillée, et pendant quelques minutes dans la solution d'iode iodurée; puis comme d'habitude, eau distillée pour laver, alcool absolu, essence de girofle et baume de Canada.

2° Coloration par l'éosine à l'alcool; décoloration par le mélange d'eau et d'acide chlorhydrique au tiers, puis lavage à l'eau distillée, alcool absolu, etc.

Sur ces préparations, on voit que le microsporon minutissimum est constitué par des tubes longs et flexueux, rarement ramifiés, mais contournés de la façon la plus variée, et enchevêtrés de manière à former un véritable feutrage. Les tubes ne sont pas parfaitement continus, ils sont divisés en segments placés bout à bout et séparés par un trait clair. Quelquefois, au lieu d'être cylindriques, les tubes paraissent un peu moniliformes. Outre les

tubes, on trouve encore de nombreux amas de spores très fines, quoique de volume un peu inégal, mêlées au mycélium.

Le mycélium est assez fortement adhérent à la surface des cellules cornées, et l'on trouve souvent des cellules isolées couvertes de parasites.

Le microsporon minutissimum siège exclusivement dans la couche cornée de l'épiderme.

Sur ces coupes traitées par l'éosine et la potasse, on voit que les masses sporulaires occupent la surface libre de la couche cornée, les tubes de mycélium, au contraire, s'enfoncent dans la couche cornée, et on les voit ramper entre les cellules jusque dans le voisinage de la couche claire du corps muqueux. »

Dans un travail aussi intéressant sous le rapport clinique que sous le rapport microphytique, Ueber Erythrasma — *Wien. med. Wochensch.*, 1884, p. 1210 — Gustav Riehl recommande un procédé de coloration utilisable non seulement pour le microscoporon minutissimum, mais pour tous les parasites végétants de la peau humaine.

« Après avoir placé le fragment à examiner avec un peu d'eau ou d'acide acétique dilué entre deux lames porte-objet, ou le réduit par le frottement en une bouillie formant une couche mince et uniforme. Puis on sépare les deux porte-objet en les écartant brusquement l'un de l'autre et on les sèche à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin. De cette façon, la couche mince d'épithélium et de champignons adhère fortement à chacun des porte-objet. Si l'on y ajoute alors quelques gouttes d'une solution concentrée d'aniline (ce qui convient le mieux, c'est la fuchsine d'Ehrlich, la gentiane ou le bleu de méthylène pour le cas où l'on a employé seulement de l'eau pour écraser la squame entre deux porte-objet), et qu'ensuite, après avoir laissé la couleur agir pendant deux à cinq minutes, on lave avec de l'eau et de l'alcool, alors les éléments d'épiderme et les champignons colorés restent sur le verre porte-objet et peuvent servir à faire des préparations qui se conservent, lorsqu'on a soin de les monter dans du baume du Canada ou de la laque...?

Par l'emploi successif d'une solution alcaline de bleu de méthylène et d'une solution de brun de Bismarck (légèrement aiguisée d'acide acétique), on arrive à colorer les éléments de champignons en brun et l'épiderme en bleu pâle et à avoir ainsi des préparations très nettes.

Au point de vue pratique ces notions suffisent; l'érythrasma a un parasite spécifique, et il n'existe dans aucune autre dermopathie classée. Ces données ne sont pas infirmées par les recherches de Bizzozero, S. microfiti d. epiderm. uman. nonn. — *Gaz. d. Osped.*, 1884, et autres publications — ni par celui de Balzer établissant que « des parasites semblables au *microsporon minutissimum* peuvent se rencontrer à l'état normal chez un grand nombre de sujets ». Ce qu'il faut savoir, c'est si une autre dermatite que l'érythrasma présente ce parasite comme élément essentiel et exclusif; or cela n'est pas.

Nous ne nous expliquons pas bien non plus comment on pose la question de savoir si c'est bien le microsporon qui est la cause de l'érythrasma. Mais cela ne saurait faire aucun doute à moins d'admettre la génération spontanée du parasite. Encore si l'érythrasma n'avait pas été inoculé par Köbner, ou si nous n'avions pas produit des exemples de généralisation de la dermatophytie à des points qui ne sont pas les

plis axillaires ou génitaux, on pourrait soutenir que les parasites de l'érythrasma ne s'accumulent sur une surface qu'à la faveur d'irritations locales de nature intertrigineuse. Mais il y a tant de sujets qui ont de l'intertrigo axillaire ou autre sans érythrasma, ou de l'érythrasma sans intertrigo, que cela ne serait vraiment pas soutenable.

Quant à l'origine première du microsporon minutissimum, à sa biologie, à ses attaches avec le microsporon d'Eischted, ce sont là de hautes questions qui ne nous importent pas directement et que la microphytologie n'est pas actuellement en état de résoudre. Les études de culture et d'inoculation chez l'homme qui ont été tentées ont besoin d'être reprises dans des conditions de précision plus grande.

III

L'érythrasma, en dehors des cas excessifs, qui sont rares, ne constitue qu'une très innocente dermopathie; mais précisément à cause de cela, il est nécessaire de la connaître, pour ne pas lui attacher l'importance que comportent d'autres affections voisines telles que les eczémas, et la trichopythie des régions intertrigineuses. Or il est certain que, malgré des publications nombreuses, et les essais de vulgarisation que nous avons faits dans notre rayon d'action, l'érythrasma est inconnu de la majorité des médecins, et confondu par eux avec l'eczéma, ou l'intertrigo, parasitaire ou non.

Les principes du traitement de l'érythrasma sont les mêmes que ceux de toutes les affections à parasites, tous les agents capables d'avulser la couche d'épiderme cornée, siège de la végétation microphytique, peuvent réussir.

L'exfoliation iodique est au premier rang des procédés pratiques; on peut obtenir aussi la desquamation curative par les applications résorcinées, salicylées, pyrogalliques, chrysophaniques, etc., etc., en pommades, en solution, ou en emplâtres, à une dose réglée selon la tolérance de la peau propre à chaque cas particulier.

La récidive sera empêchée si l'intéressé consent à faire les ablutions régulières au savon et à l'eau chaude, à poudrer les régions avec une poudre inerte légèrement sulfurée — talc de Venise 100, soufre précipité — 1 à 10 — avec le carbonate ou avec le sous-nitrate de bismuth, à écarter le scrotum de la cuisse à l'aide d'un suspensoir convenablement nettoyé, et à garantir les plis cutanés contre le contact des vêtements de laine, et des linges de corps souillés par la sueur.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON

MALADIES DE LA PEAU OCCASIONNÉES PAR DES PARASITES ANIMAUX

Parasites animaux; parasites et épizoaires proprement dits. — Leur mode d'action sur la peau. — Dermatozoonoses. — Gale; historique. — Histoire naturelle de l'insecte de la gale. — Sillon de l'acare.

DERMATOZOONOSES

Les maladies de la peau occasionnées par les parasites animaux présentent, comme celles qui sont produites par des champignons, deux espèces de phénomènes symptomatiques. Les premiers sont représentés par les parasites en tant qu'individualité naturelle, ainsi que par leur genre de vie (habitation, nutrition, reproduction); les seconds sont constitués par les modalités pathologiques de la peau déterminées directement ou indirectement par les parasites.

Les organismes animaux que nous avons à étudier ici sont de deux ordres :

1. Les uns qui, soit exclusivement, soit seulement d'une manière temporaire, habitent dans la peau humaine, ce sont de véritables parasites, — *dermatozoaires.* Il faut compter parmi ceux-ci : l'insecte de la gale, — acare; — 2. l'acare des follicules ; — 3. la puce de sable, puce pénétrante; — 4. le ver filiforme, — filaire de Médine; — 5. l'insecte d'automne, — lepte automnal (1); — 6. la tique commune, — ixode ricinus; — 7. le cysticerque du tissu cellulaire.

2. Les autres, qui ne visitent la peau que temporairement pour y chercher leur nourriture, et qui habitent en partie dans son voisinage le plus immédiat (poils, vêtements), — *épizoaires.* Ce sont : 1. les poux (pou de tête, pou du pubis, pou des vêtements); — 2. les puces, puce irritante; — 3. les punaises, punaise de lit; les cousins, et plusieurs autres insectes.

Ces parasites provoquent directement des affections cutanées en attaquant, en blessant, ou en irritant la peau, en fouillant l'épiderme où

---

(1) On pourrait ajouter ici quelques autres dermatozoaires sévissant assez ordinairement encore sur l'homme; telle, par exemple, la dermanysse des poulaillers et des pigeonniers, laquelle produit des éruptions prurigineuses assez intenses quelquefois pour amener les sujets atteints à l'hôpital; les acares, parasites de la teigne des céréales, etc. Nous donnerons plus loin les détails nécessaires sur ce point.

E. B. — A. D.

ils vivent; ils produisent dans ces points des phénomènes inflammatoires (hyperhémie, exsudation, efflorescences, hémorrhagie, dégénérescence, hyperplasie de l'épiderme et de la substance de l'ongle). Indirectement, les parasites animaux agissent encore en causant des sensations de prurit, de brûlure qui provoquent le grattage et ses résultats bien connus (excoriations, pustules, inflammation, ulcérations, eczéma dans toutes les variétés et à tous les degrés).

Ces altérations de nutrition de la peau appartiennent donc essentiellement à la série des formes de l'inflammation, en particulier à l'eczéma, mais elles représentent une maladie bien caractérisée lorsqu'elles se trouvent en connexion avec les symptômes propres à chaque parasite en particulier. En effet, le caractère de ces symptômes, leur localisation, leur intensité et leur marche sont en partie déterminés par l'irritabilité individuelle de la peau, mais surtout par les propriétés naturelles et biologiques de chaque parasite (1). Pour se rendre compte des types cliniques qui leur correspondent, il est donc essentiel d'avoir une connaissance exacte de ces parasites.

GALE (SCABIES)

La gale est une affection de la peau, contagieuse, très prurigineuse et obligeant ceux qui en sont atteints à se gratter (scabere); elle est bien connue depuis des milliers d'années, et depuis plusieurs siècles on sait qu'un animalcule se rencontre dans la peau et joue un rôle dans la maladie. Cependant, il faut arriver à l'époque contemporaine pour trouver une conception positive de la gale, et une étude exacte de sa pathologie. L'histoire nosologique de cette dermatose vulgaire, très instructive en elle-même, montre, en outre, l'influence considérable que la manière de la comprendre a exercée sur le développement de la

---

(1) Les parasites animaux déterminent, il est vrai, dans la peau ou à sa surface, des altérations souvent assez caractéristiques par leur nature, leur forme, leur siège, etc., pour qu'elles soient tout à fait pathognomoniques. Mais ceci établi, il faut ajouter que le degré, l'intensité, la durée, etc., des symptômes ou des lésions varient dans des proportions considérables, selon l'âge, le sexe, l'état constitutionnel, la situation de santé ou de maladie des sujets atteints. Ce sont ces variétés, individuelles, nous ne saurions trop le répéter, si étendues et si remarquables, qui, en multipliant les types des lésions parasitaires, ont obscurci pendant aussi longtemps cette partie de la dermatopathologie, et la rendent encore assez souvent difficile pour la généralité des médecins, quelquefois même pour les dermatologistes de profession.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

pathologie générale moderne. La doctrine humorale ancienne qui avait déjà, vers l'année 1840, été très ébranlée par la masse des faits appartenant à l'histoire naturelle, a été complètement renversée et abandonnée, après qu'elle eut été (qu'on me permette cette métaphore), entièrement sapée par le travail souterrain du petit acare. Ainsi, c'est dans l'histoire de la gale que prend racine la nouvelle ère de la médecine fondée sur les sciences naturelles, et nous devons être fiers de devoir cette science, pour une grande partie, aux travaux de l'École de Vienne et de notre maître Hebra (1).

Déjà les Arabes (Ben-Sohr) (2) avaient fait mention d'un petit animal dans la gale (assimilé aux cirons), et à partir du XIIe siècle (d'abord dans sainte Hildegarde) (3) jusque dans le XVIIe siècle, on a de nombreuses données dont il résulte que dans le peuple on connaissait généralement l'existence de ce petit animal spécial à la gale, appelé seuren, sueren, syrones, cirons, briganti, pellicelli; l'art de l'extraire au moyen d'une aiguille et de l'écraser sur l'ongle était généralement répandu.

Beaucoup de médecins savaient également (Guy de Chauliac, XIVe siècle; Ambroise Paré, XVIe siècle, etc.), que ce petit animal, considéré par quelques auteurs comme une espèce de pou et par d'autres comme une mite (*Milbe*), creuse des sillons dans la peau. Le naturaliste Thomas Mouffet l'a le premier décrit d'une manière plus exacte (1634); Hauptmann, plus tard Ettmüller, l'ont assez bien représenté. Enfin Bonomo et Cestoni, dans une lettre (1687) adressée au célèbre Redi, donnèrent la description zoologique précise et le dessin de l'insecte de la gale et de ses œufs, et déduisirent de leur observation la conclusion juste

(1) L'auteur est entraîné par son admiration, d'ailleurs très légitime, pour son maître, alors qu'il fait naître l'ère nouvelle de la médecine de l'histoire de la gale, et en partie des travaux de Hebra. Le développement de la médecine moderne, connexe à l'évolution générale des sciences naturelles, n'est dû ni à un homme ni à une découverte particulière; toutes les découvertes de détail dérivent elles-mêmes d'une source commune et supérieure : le progrès général de la philosophie scientifique.

Depuis plusieurs siècles, l'acare de la gale était connu, mais le cerveau médical (si l'on veut nous permettre cette abstraction) n'était pas apte à en concevoir la signification exacte. En réalité même, la conception absolue du rôle des parasites animaux en général n'a pu être établie sans contestation possible, que par la négation définitive de la génération spontanée. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Ibn-Zohr, *vulg.* Avenzoar (XIIe siècle.)
E. B. — A. D.

(3) *Physique* de sainte Hildegarde, abbesse (XIIe siècle).
E. B. — A. D.

que l'acare est de sexe distinct, et que c'est cet insecte, et non pas les « humeurs altérées », qui était la seule cause de la gale, et qu'en le détruisant par des remèdes locaux on guérissait aussi la maladie.

On voit que la connaissance de la gale était déjà très complète vers la fin du XVIIe siècle; mais malheureusement chez quelques observateurs seulement, et un siècle et demi était encore nécessaire pour que cette connaissance devînt générale. A la vérité, Linné (1746) avait décrit, et avait classé au point de vue zoologique l'insecte de la gale; Degeer (1788) l'avait dessiné exactement d'après nature, et Wichmann (1791) l'avait transporté expérimentalement du cheval à l'homme; ce dernier avait, en outre, observé les effets de son action; beaucoup d'autres observateurs enfin, des vétérinaires notamment (à l'occasion de la gale des moutons) avaient acquis une connaissance approfondie de ce parasite. Mais en même temps que plusieurs médecins célèbres, tels que John Hunter, prenaient énergiquement la défense de l'opinion de Bonomo, d'autres médecins et dermatologistes éminents, comme Lorry, Willan, vers la fin du siècle précédent, avaient soit ignoré complètement l'existence de l'acare, soit nié ses rapports avec la gale, ou avaient soutenu qu'un poison inoculé dans le sang par les animalcules produisait la démangeaison, ou encore que ceux-ci provenaient des humeurs altérées du sujet atteint. Ces opinions furent corroborées par la doctrine de Hahneman sur les effets nuisibles de la gale supprimée ou combattue; elles le furent de nouveau, beaucoup plus tard, par des maîtres tels que Schönlein, Fuchs, Hildenbrandt; et cela avec d'autant plus de raison en apparence que l'art d'extraire les acares, compromis par les tentatives inutiles de Galès (1) (1812), de Raspail (1829), etc.,

(1) La grandeur et la décadence de Galès, élève en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis, seraient extrêmement intéressantes à raconter : nous voulons dire ici seulement, qu'à notre sens (et nous sommes heureux de nous appuyer sur une opinion concordante du professeur Hardy) il n'a jamais été démontré pertinemment qu'il eût été véritablement, comme on l'a dit et répété, un imposteur. Assurément il a donné un dessin erroné de l'acare de la gale, mais cela prouve-t-il qu'il ne l'ait pas vu réellement? Ne s'est-il pas donné la gale par le transfert d'un acare? A-t-on démontré que les enfants auxquels il a transmis expérimentalement la gale, l'avaient contractée autrement; voy. J.-C. Galès — *Mémoire et Rapports sur les fumigations sulfureuses appliquées au traitement des affections cutanées*, etc. *Imprimerie Royale*, Paris, 1816, pp. 2 et 3? En fait, il était dans le vrai en signalant la différence qui existe entre « les affections psoriques et les affections psoriformes », et en écrivant que « le moyen le plus sûr de guérir la gale est de détruire l'insecte qui la produit », et tous ses détracteurs restèrent dans l'erreur jusqu'à la démonstration de Renucci. Au lieu

n'a été réalisé d'une manière générale par les médecins qu'après la démonstration de Renucci (1834) (1). Dans les années qui suivirent, l'histoire naturelle de l'insecte de la gale a été poursuivie par des auteurs nombreux et célèbres : Eichstedt (1846), qui publia le premier dessin d'un sillon d'acare avec son contenu, ainsi que d'un mâle découvert par Krämer (1845), et de la larve à six pattes; Lanquetin (2), Bourguignon, Hebra, qui a observé deux acares au moment de la copulation; G. Simon, Canstadt, Weld, Küchenmeister, Gerlach, Fürstenberg, Gudden, Bergh, etc. (3). Enfin, la pathologie de la gale fut avancée par les mêmes travaux d'une manière directe et indirecte, et surtout élucidée au point de vue de l'histoire naturelle et placée sur le terrain immuable des faits cliniques et expérimentaux, par le travail classique de Hebra « sur le diagnostic, l'étiologie et le traitement de la gale » (1844) (4).

---

de se donner le facile triomphe de montrer que l'acare dessiné par Galès n'était autre que la mite du fromage, ou d'autre chose, les contradicteurs eussent mieux fait de rechercher le véritable insecte, là où Mouffet avait indiqué qu'il était, et où il avait été retrouvé par Bonomo et par d'autres. Galès a été maladroit, inhabile, et il a eu le tort grave d'ignorer la littérature médicale antérieure; mais ce reproche ne s'applique pas à lui seulement; on peut, sur ce point, l'étendre à ceux qui ont étudié la question à la même époque que lui; rien ne prouve qu'il n'ait pas extrait des acares de l'épiderme des galeux, qu'il n'ait pas démontré la transmissibilité de la maladie par le parasite. La supercherie, l'imposture dont on l'accuse traditionnellement ne sont pas démontrées, à notre sens, et nous croyons juste de le dire.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Renucci, étudiant en médecine français, ayant appris dans son pays (la Corse) à extraire les animalcules de la gale, fit, en 1834, à l'hôpital Saint-Louis, devant Alibert lui-même, une démonstration cette fois exacte et définitive. A côté du nom de Renucci doit être placé celui d'Albin Gras, également élève de l'hôpital Saint-Louis, qui, indépendamment des détails entomologiques intéressants qu'il fournit, paraît être le premier qui ait bien compris la valeur diagnostique du *sillon* (1834). On voit qu'en ceci comme en d'autres choses quelquefois, c'est de la France et de l'hôpital Saint-Louis qu'est partie la vérité vraie.

E. B. — A. D.

(2) Paris, 1851. E. B. — A. D.

(3) Au premier rang, Ch. Robin — *Recherches sur le sarcopte de la gale humaine*, et *Mémoire zoologique et anatomique sur différentes espèces d'acariens*, 1859, 1860. Voy. *les Parasites et les maladies parasitaires chez l'homme*, *les animaux domestiques*, etc., par P. Mégnin, texte et atlas, Paris, 1880. E. B. — A. D.

(4) Les travaux de Bazin et de Hardy sur la gale ont amené au point où elle est aujourd'hui la pathologie, et surtout la thérapeutique de la gale. Nous aurons occasion de le rappeler tout à l'heure. E. B. — A. D.

L'INSECTE DE LA GALE

L'insecte de la gale, *acarus scabiei* (Degeer), *sarcoptes hominis* (Raspail), est rangé par les naturalistes les plus modernes dans la classe des mites (*Milben*) acariens. Enlevé hors de son sillon intra-épidermique (avec la pointe d'un bistouri ou d'une aiguille à cataracte), il appa-

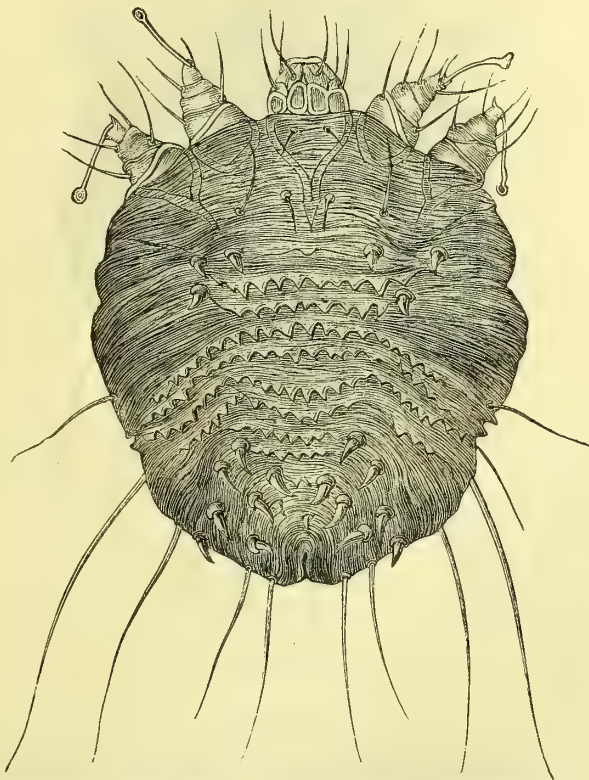


Fig. 68.

Insecte de la gale, femelle pubère, 0,35 millim. de long. sur 0,50 millim. de larg. Face dorsale : une paire d'épines cervicales, derrière lesquelles on trouve l'organe en lunettes, les soies et les (33) cônes de l'épaule, les rangées transverses des squames et des petits ongles, tout à fait en arrière les 14 épines disposées en quatre séries longitudinales. (Grossiss. de 300 diamètres.)

raît (acare femelle) comme un petit corps hémisphérique blanc jaunâtre, visible à l'œil nu. Déposé sur l'ongle, il reste un moment immobile, puis peut être vu se mouvant avec rapidité. Si on le presse entre les

ongles, il éclate avec un petit bruit. Examiné au microscope, il apparaît comme un animalcule en forme de tortue, pourvu d'une trompe conique et de huit pattes. Le corps ovale présente des sillons transversaux ondulés (*Rillen*) qui, pendant la marche, permettent aux écailles formant la cuirasse de se superposer.

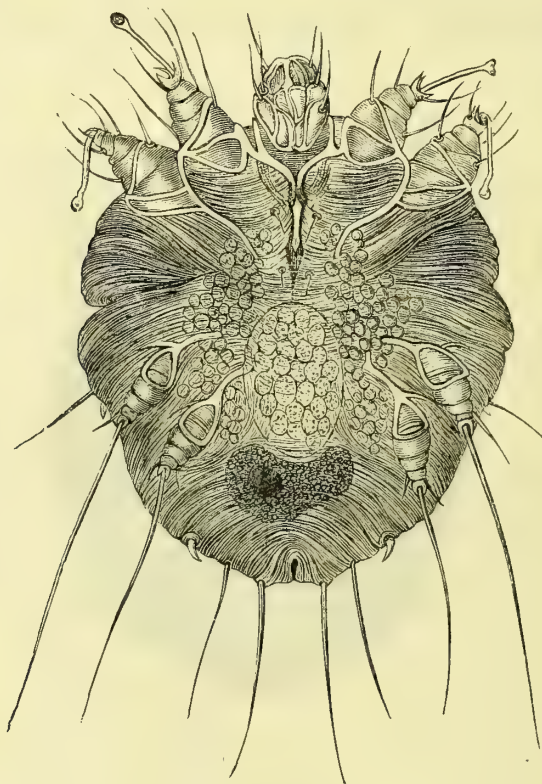


Fig. 69.

Femelle de l'acare fécondée. Côté du ventre, la crête médiane appartenant à la première paire de pattes (il est différent chez le mâle, la femelle et la larve, Bergh). Les pattes de derrière avec de longues soies. A l'intérieur de l'acare on voit un œuf arrivé à maturité.

Le dos est garni d'épines plus ou moins longues implantées sur des bourrelets annulaires, ainsi que de séries de spinules; celles situées au milieu regardent en avant, celles de la partie postérieure sont dirigées en arrière d'une manière convexe. La tête, pourvue de six soies, détachée du tronc, a quatre paires de demi-mâchoires, et, placées à côté d'elles, deux palpes à trois articles. Huit pattes à cinq articles, la première et la seconde paire dans les deux sexes avec des ventouses pédi-

culées. La femelle (fig. 68 et 69, les dessins des acares sont reproduits d'après Hebra et Elfinger) porte à chaque troisième et quatrième paire une longue soie, elle a au bord postérieur du corps, entre les soies les plus postérieures (soies anales), une fente donnant accès au vagin, et, sur le ventre, un vagin pour la ponte (Gudden). On peut démontrer anatomiquement (Gudden, Bourguignon, Eichstedt, Weld, etc.) la présence d'un tube digestif divisé en estomac et en intestin, d'ovaires, de

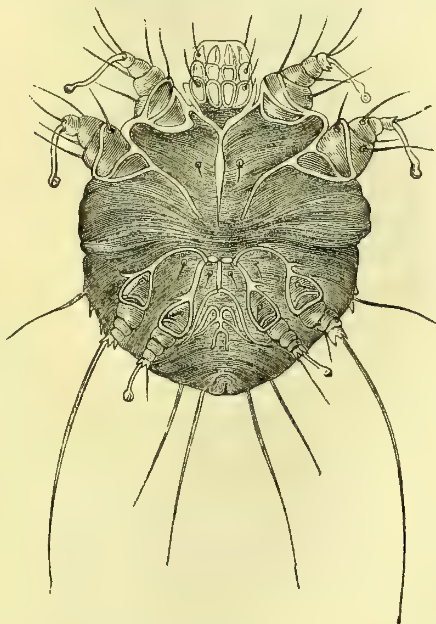


Fig. 70.

Acare mâle, face abdominale.

muscles, et souvent on peut voir un œuf mûr à l'intérieur de l'acare. La femelle peut, dit-on, vivre de vingt à soixante jours.

Le mâle est plus petit (0,20 mill. de long. sur 0,35 mill. de larg.) que la femelle; il porte à la quatrième paire de pattes une ventouse (au lieu de soies chez la femelle); et entre les pattes de derrière une charpente médiane en chitine, en fer à cheval, dans laquelle est engainé un pénis en forme de fourchette, comme on le voit dans la figure 70.

L'acare mâle habite, dans des dépressions humides de l'épiderme, de petites papules et vésicules dans le voisinage des sillons qui cachent l'acare femelle; il paraît aussi avoir des habitudes moins sédentaires que celle-ci. Hebra a eu une fois l'occasion d'observer d'une manière évidente, sous le microscope, l'accouplement avec la femelle. Les mâles



Fig. 71.

Sillon acarien pris sur la région lombaire et vu au microscope à un faible grossissement.

A l'extrémité caudale de ce sillon on voit l'acare femelle par sa face abdominale et un œuf, arrivé à sa maturité dans son intérieur. Derrière elle, douze œufs et douze enveloppes. Il paraît que cet acare a pondu deux œufs dans la journée, car c'est seulement dans le troisième que se trouve la première trace de l'embryon, et ce n'est que dans le douzième qu'on observe une larve mûre, pourvue d'une paire distincte de pattes antérieures (détail qui n'est pas bien représenté dans ce dessin), ce qui, dans d'autres sillons, se voit déjà dans le sixième et le septième œuf. Entre les œufs et leurs enveloppes, on trouve de petits corpuscules noirs (fèces).

sont moins nombreux que les femelles dans la gale humaine, et difficiles à trouver; on les rencontre plus aisément dans la gale des animaux et dans la gale croûteuse; ils meurent, dit-on, six à huit jours après leur accouplement (Gudden).

C'est seulement la femelle pubère, fécondée, qui creuse un sillon dans l'épiderme, — sillon de l'acare (fig. 71), — dans lequel elle dépose ses œufs et meurt après l'accomplissement de cette fonction.

Dans la transmission expérimentale, on a observé comment l'acare

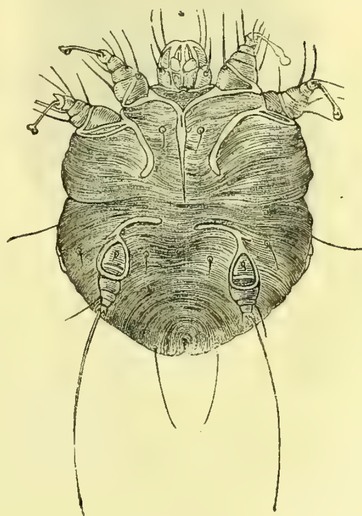


Fig. 72.

Larve d'acare à six pattes (surface abdominale).

coupe l'épiderme avec ses mandibules acérées, pénètre la tête la première et disparaît sous l'épiderme; l'étude de ce sillon découpé, rapprochée du résultat d'autres observations, permet de présumer le genre de vie ultérieur de l'acare femelle. Elle dépose ses œufs derrière elle, chaque jour un, au plus deux, en tout de vingt à cinquante, peut-être encore plus. Les œufs, au nombre de douze à vingt et même plus (fig. 71) dans un sillon, sont ovales, à axe longitudinal placé transversalement à celui du sillon, ils ont environ de 0,16 millim. de long. sur 0,11 millim. de larg. Les deux ou trois œufs pondus en dernier lieu, situés immédiatement après l'acare, sont remplis d'un jaune cloisonné; dans le troisième et jusqu'au cinquième, on peut déjà voir la trace de l'embryon, et du sixième au neuvième les larves d'acares, dans les plus anciens, souvent avec la tête et une paire de pattes antérieures (fig. 71 *a*).

La larve d'acare (fig. 72) est sexapode, elle atteint son complet déve-

loppement dans l'espace de trois à six jours, brise la paroi de l'œuf, atteint 0,15 millim. de long sur 0,10 mill. de larg., et progresse vers l'orifice d'entrée du sillon; suivant quelques auteurs (Gerlach, Bourguignon, Burchhard), elle arrive sur la peau par des ouvertures de la

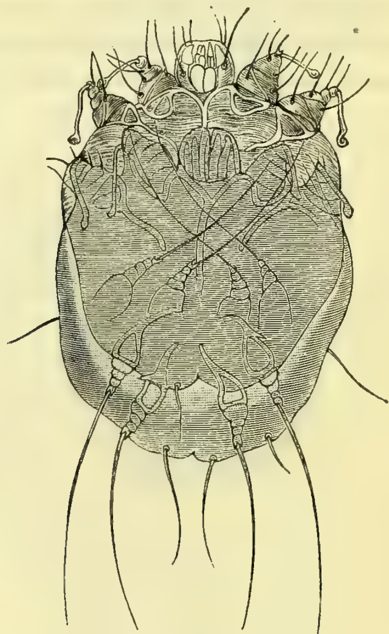


Fig. 73.

Deuxième mue.

A l'intérieur d'une acare octopode on reconnaît le nouvel animal également octopode en voie de développement.

paroi supérieure du sillon (*Luftlöcher*), erre pendant un certain temps et s'introduit ensuite par perforation dans un point où elle séjourne peu de temps et où elle accomplit ses processus de mue.

L'acare passe par trois mues (d'après Gudden, Furstenberg, Bourguignon, elle en aurait quatre). La larve sortie de l'œuf n'a qu'une paire de pattes postérieures, deux soies anales et douze épines dorsales. Après la première mue (deuxième période), il sort un acare octopode, avec quatre soies anales et douze épines dorsales. A la deuxième mue (fig. 73), l'acare gagne encore deux épines dorsales, et l'animal pourvu de quatorze épines devient après la troisième mue (quatrième période) acare pubère.

Hors de la peau, l'acare peut vivre deux à trois jours et même plus

longtemps dans des liquides qui s'opposent à l'entrée de l'air (eau, huile, pétrole).

Il paraît démontré par les transmissions réciproques fréquemment constatées entre l'animal et l'homme, et d'après le résultat de recherches comparées, que les acares observés chez différents animaux (brebis, chat, furet, lapin, cheval, chameau, dromadaire, éléphant, etc.) appartiennent essentiellement à la même espèce d'acare que l'acare de l'homme (peut-être l'espèce est-elle modifiée dans la dimension des individus selon le terrain spécial sur lequel elle vit) (1).

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON

Symptômes, pathologie, étiologie, traitement.

GALE (SUITE)

Les symptômes de la gale consistent, en premier lieu, dans les modifications de la peau que les acares occasionnent directement par leur présence dans l'intérieur de l'épiderme, et parmi lesquelles le sillon (*Milbengang*) occupe le premier rang.

Pour pouvoir le reconnaître par son aspect clinique essentiellement variable, mais toujours caractéristique, sans le secours du microscope, il est nécessaire de savoir comment il est produit et comment se manifeste successivement ses caractères.

Au niveau des points ou l'acare pénètre, l'épiderme est creusé en une

---

(1) Voy. MÉGNIN — *loc. cit.* — pour l'exposé complet de cette question; ses conclusions, qui sont tout à fait en concordance avec l'observation clinique simple, sont les suivantes :

« ... Les gales des animaux, — causées par des variétés du *Sarcoptes scabiei*, — peuvent se transmettre à l'homme avec plus ou moins de facilité, en provoquant le développement d'une gale qui a tous les caractères de la gale ordinaire humaine (?), mais qui est beaucoup plus fugace et qui disparaît ordinairement spontanément, ou avec de légers soins, sauf celle des grands carnassiers sauvages, causée par le *Sarcoptes scabiei*, variété *lupi*. Mais la cause, infiniment la plus fréquente de la gale ordinaire de l'homme, est le *Sarcoptes scabiei*, de la variété qui lui est propre. »

Inversement, le sarcopte de la gale humaine peut être transmis aux animaux; mais il ne s'acclimate pas sur eux et ne détermine sur leur tégument que des altérations passagères et moins intenses que celles qui appartiennent à leurs variétés propres — *Cuique suum!*

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

espèce de cercle arrondi, de 1 à 2 millimètres, comme on peut le voir dans le dessin schématique (fig. 74), ou bien il se produit, par l'irritation que déterminent la morsure et les fouilles de l'acare, de l'exsudation, et une vésicule qui n'a absolument rien de caractéristique pour la gale, et après la dessiccation et la chute de l'enveloppe, il se fait de nouveau une exfoliation infundibuliforme de l'épiderme (voir dans la coupe fig. 74 ovale). L'acare creuse plus avant pour arriver dans les couches des cellules molles du réseau muqueux, en suivant une direction descendante en ligne oblique, par rapport à la surface de la peau, et arrive au point I (fig. 74). Ainsi que cela a lieu sous l'influence de tout corps étranger, par exemple par l'introduction d'un petit éclat de

Fig. 74.

a coupe oblique schématique à travers l'épiderme, sillon et couche papillaire du derme.

bois (1), on voit l'action irritante de l'acare, ses mouvements et ses attaques, bien plus que sa présence, déterminer une hyperplasie épidermique éliminatrice, et une kératinisation de l'épiderme au point I.

(1) Il est bien difficile, en voyant l'acuité du prurit, l'intensité des lésions produites chez un grand nombre de sujets par les acares, la multiplicité des vésicules, des pustules, voire chez quelques-uns des bulles ou des phlyctènes, de faire une assimilation véritable entre l'action du *Sarcoptes scabiei* et celle d'un corps étranger proprement dit. Les médecins ont depuis longtemps admis l'hypothèse d'un *principe venimeux*, que les naturalistes regardent aujourd'hui comme démontrée (Moquin-Tandon, Gerlach, etc.). Voy., dans le remarquable article *Gale*, de Hardy, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, etc., l'exposé des auto-inoculations faites sur lui-même par ce savant maître.

E. B. — A. D.

Il en résulte que la partie est soulevée, en même temps que l'acare est séparé des couches nutritives du réseau muqueux. Il creuse alors plus avant pour chercher sa nourriture, et laisser, en même temps, une place pour ses œufs, et arrive au point II. Ici se produit de nouveau la kératinisation éliminatrice de l'épiderme, et au-dessous le soulèvement de la partie ancienne du sillon (II, fig. 74), ce qui oblige l'acare à pénétrer encore plus profondément; il atteint ainsi le point III en suivant un trajet oblique en descendant par rapport aux points II et I; c'est ainsi qu'on peut se faire une idée du sillon et de son aspect caractéristique.

Ce sillon apparaît comme une galerie de plusieurs millimètres de longueur, souvent même de 1 jusqu'à 2 centimètres. Ce sillon est droit, habituellement un peu courbé, en forme d'arc dentelé, ponctué

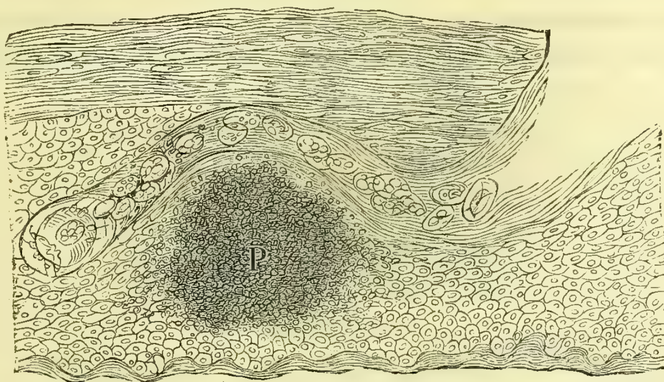


Fig. 75 (*a*).

Coupe schématique à travers une pustule (P); dans son enveloppe épidermique se trouve un sillon.

de place en place; on dirait qu'il a été fait avec une aiguille enfoncée sous l'épiderme. C'est une véritable mine, dont le contour commence par une exfoliation visible, limitée, ovale, assez large, — extrémité supérieure du sillon — (fig. 74, avant I); elle se prolonge ensuite en une parallèle étroite, dont les lignes ne s'écartent de nouveau un peu qu'à l'extrémité du sillon, — extrémité terminale, queue du sillon, — pour se confondre enfin dans un cul-de-sac arrondi (fig. 74, III), qui se distingue par un petit point saillant, blanc jaunâtre, brillant : c'est l'acare.

Au-dessus de l'ancien sillon soulevé par la kératinisation sous-jacente, l'épiderme corné est desséché, déprimé, fendillé et détaché. Plus le canal se rapproche de la partie la plus nouvelle, plus il est profondément placé, et plus épaisse et plus succulente est l'enveloppe épidermique qui le recouvre; plus blanc aussi et plus vivant apparaît le sillon,

dont le contenu, œufs et fèces, brille comme des points jaunes et noirs à travers le revêtement épidermique. Quant à l'extrémité terminale du sillon, elle se reconnaît à une petite nodosité (*Knötchen*) brillante, blanc jaunâtre, qui n'est autre que l'acare. On sait donc que l'on trouvera l'acare, non sur le côté désorganisé, mais bien sur celui qui est succulent, et cela à l'extrémité boutonneuse du sillon; on réussit facilement à le saisir en piquant, avec la pointe d'un bistouri ou d'une aiguille à cataracte, tout à fait près du point terminal blanc jaunâtre, on retire doucement le contenu et on le dépose sur l'ongle du pouce.

L'aspect du sillon, tel que je viens de le décrire, est caractéristique. On peut l'enlever avec des ciseaux pour l'examiner au microscope; ou, comme je le fais habituellement, on passe du côté de l'acare et au-dessous de lui une aiguille à vacciner, que l'on fait sortir à l'extrémité du sillon et latéralement avec la pointe et le tranchant de l'aiguille. On ouvre, par ce procédé, la couche de tissu contenant le sillon, et on peut

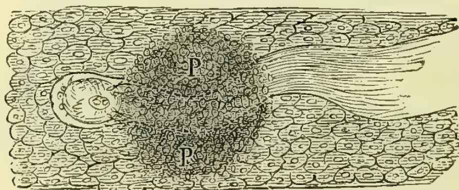


Fig. 75 (*b*).

La même coupe vue en surface. L'acare se trouve au delà de la limite de la pustule, dans le réseau muqueux non soulevé.

la détacher avec des ciseaux du côté encore adhérent, sans la comprimer. Placé entre les deux verres de l'objectif, et examiné au microscope, le sillon montre les œufs, les fèces et l'acare, tels qu'on les voit dans la figure 71.

Lorsque la présence de l'acare provoque une vive irritation des papilles, de manière à amener de l'exsudation, des vésicules et des pustules (gale pustuleuse), l'aspect du sillon est un peu différent. Cet état peut se produire à toutes les périodes pendant lesquelles l'insecte fouille la peau; mais comme l'exsudation a toujours son point de départ dans les vaisseaux des papilles, son produit se trouve constamment sous la couche cellulaire cornée qui forme la base du sillon, et la couche épidermique qui le renferme constitue, en même temps, la paroi de la pustule; on aperçoit dans son épaisseur la ligne ponctuée du sillon, comme dans la figure 75 *a*.

Puis l'acare creuse plus avant pour arriver dans le réseau muqueux

normal, au delà de la sphère du foyer pustuleux; par conséquent, le contour de la pustule est toujours un peu dévié dans le prolongement des lignes ponctuées du sillon, là où l'acare s'est avancé (fig. 75 *b*).

On peut rencontrer des sillons sur tous les points de la surface cutanée, toutefois on les trouve, sans qu'il soit possible de l'expliquer, plus souvent sur certaines régions, qu'il importe au praticien de connaître. Ces régions sont dans l'ordre de leur fréquence et du nombre des sillons : le côté de flexion du poignet, les surfaces latérales des doigts et les plis interdigitaux; chez les enfants et les personnes qui ont une peau délicate, la paume des mains, le côté de l'extension des coudes, le pli antérieur des aisselles, le mamelon et les parties environnantes chez les femmes, le nombril et son voisinage, le pénis et surtout le gland et le tégument pénien, le scrotum, les fesses, principalement au-dessus des trochanters, le bord interne des pieds. Il faut encore ajouter à ces régions, comme siège habituel des sillons, toutes les parties de la peau qui sont souvent comprimées, et où l'épiderme est épaissi. Par conséquent, on les trouve d'une manière régulière chez les femmes et les hommes au niveau de la ceinture, où les corsets et les courroies produisent des callosités cutanées; chez les cordonniers, au niveau de la région trochantérienne, dont la peau est épaissie par le contact d'escabeaux de bois; au-dessus du genou, sur la surface d'extension de la cuisse, où elle est épaissie par le martèlement du cuir; sur les épaules, chez les portefaix; chez les tisserands, à la courbure des côtes, qui est souvent comprimée par le métier. Les régions que je viens de citer sont le siège habituel des sillons, et en même temps, les foyers d'où l'invasion des acares se répand habituellement sur les parties voisines, de sorte que, dans un cas de moyenne intensité, on peut voir des sillons sur quelques-uns des points indiqués, surtout aux mains, au creux des aisselles, au pénis (1). Si la maladie est longue et intense, ce ne sont pas seulement ces régions qui sont couvertes de sillons, mais encore

---

(1) Les lésions acariennes sont si constantes au pénis chez l'homme adulte, au mamelon chez la femme, et, dans les deux sexes, à la *partie antérieure* du creux axillaire, qu'elles acquièrent une valeur sémiologique presque absolue au seul point de vue de la localisation ; nous considérons, en outre, pour l'homme, le pénis et, pour la femme, l'aréole du mamelon, comme des points très ordinaires du lieu d'*invasion* première de l'acare.

Nous avons, en outre, signalé souvent ces lésions acariennes comme un danger particulier de contracter la syphilis au point d'effraction de l'épiderme, point que nous avons vu, à plusieurs reprises, être le lieu manifeste de l'inoculation virulente.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

toutes celles qui se trouvent dans l'intervalle : le ventre, l'avant-bras et le bras, les fesses, les cuisses, les épaules ; chez les enfants également, la face et le cuir chevelu, la surface dorsale des mains et des pieds.

Outre les sillons, l'eczéma constitue un phénomène objectif important de la gale ; d'une part, il est le résultat direct de l'irritation produite par l'acare ; de l'autre, une conséquence indirecte de son action.

C'est à l'irritation causée par l'acare qu'il faut rapporter les papules, les pustules, les vésicules, les bulles qui se développent au point d'introduction des jeunes acares mâles, et sous les sillons (gale vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse). Toutefois ces efflorescences n'ont en elles-mêmes rien de caractéristique (1), sauf dans les cas où elles sont accompagnées de sillons. Certaines personnes sont particulièrement prédisposées au développement des éruptions, et certaines régions s'y prêtent plus aisément que d'autres : chez les enfants et les jeunes gens, ainsi que chez les femmes, lorsque la gale existe aux mains et aux pieds, on observe très souvent de nombreuses pustules et des bulles à grand développement, lesquelles, comme je l'ai montré précédemment (fig. 75 *a* et *b*), produisent le soulèvement du sillon.

Au creux de l'aisselle, sur le mamelon et à l'aréole, au nombril, sur les hanches et au pénis, il se forme, au-dessous des sillons, des nodosités rouges, dures, qui suivent la direction de ces derniers, de sorte que le sillon occupe le plan supérieur de chaque nodosité (2). En

(1) Les vésicules acariennes n'ont pas, cela est vrai, de caractère absolu ; mais on ne peut dire cependant qu'elles n'ont rien de caractéristique. Leur petit nombre, leur émergence d'une peau saine, leur consistance, leur transparence assez longue dans sa durée, sans parler de leur siège, etc., leur constatation possible assez peu de temps après l'envahissement acarien, et plusieurs jours avant la constatation manifeste du sillon, font de la vésicule acarienne, chronologiquement, le premier caractère diagnostique de la gale, et pratiquement l'un de ses meilleurs caractères. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) En divers points, notamment à l'aréole du mamelon et au pénis (gland ou fourreau), l'irritation acarienne se propage fréquemment au réseau vasculaire superficiel du derme, au point de produire de véritables indurations, lesquelles peuvent s'ulcérer (chancre acarien) et simuler soit des lésions syphilitiques (condylomes, syphilides papuleuses), voire même des chancres syphilitiques (chancres nains), soit encore des indurations papuleuses ou papulo-ulcéreuses, d'origine arsenicale directe.

Grâce aux progrès de l'hygiène industrielle, les ulcérations arsenicales du pénis sont devenues tout à fait rares ; mais la coexistence, si fréquente chez nos malades d'hôpital, de la gale avec la syphilis, réclame une attention particulière pour éviter la confusion vraiment facile dans quelques cas particuliers. E. B. — A. D.

outre, on trouve sur le pénis des sillons courts, ayant l'aspect d'une égratignure dentelée, fine, produite par une aiguille.

Enfin, il peut se développer (comme dans tous les eczémas) d'autres centres eczémateux, soit par irritation réflexe, soit par complication locale, soit par rétention du pus, mais surtout sous l'action du grattage, qui est provoqué par les acares eux-mêmes, ou par l'eczéma antérieur (1).

Dans la gale, le prurit est très vif, toutefois il n'est pas continuel (2); il survient surtout le soir, au moment où les malades se déshabillent, et sous l'influence de la chaleur du lit, évidemment parce que, à ce moment, les acares poursuivent avec plus d'activité leurs fouilles, leurs pérégrinations, et cherchent leur nourriture. Le grattage aggrave l'eczéma, et comme le prurit et le grattage atteignent principalement les foyers de la gale, c'est aussi sur ces points que l'eczéma consécutif devient le plus intense.

D'après ce que je viens de dire, les phénomènes eczémateux sont surtout prononcés au niveau des sillons; c'est là un des caractères importants de la gale. L'éruption eczémateuse consiste habituellement en quelques papules et vésicules disséminées qui, à mesure qu'elles sont détruites par le grattage, s'accompagnent de pustules, de croûtes et d'excoriations sanguinolentes; plus rarement, elle se produit sous forme d'un eczéma diffus, humide. Cet eczéma occupe d'une manière

---

(1) L'irritation acarienne, mécanique ou venimeuse (peu importe ici), est la cause première des éruptions de la gale; la cause seconde réside dans l'action mécanique du grattage et dans le transport, à l'aide des ongles, soit de staphylocoques, soit de produits irritants, qui réalisent chez le galeux une série indéfinie d'auto-inoculations. Ce dernier mode d'action est celui auquel nous rapportons les éruptions aberrantes d'impétigo que l'on observe quelquefois chez les adultes acariens, et les éruptions d'eczéma de la face et du cuir chevelu chez les enfants et chez les jeunes sujets atteints de la gale.

Quant au rôle joué par « l'irritation réflexe », nous renouvelons, à titre particulier, les réserves que nous avons déjà exprimées précédemment, à titre général. E. B. — A. D.

(2) Bien que cela puisse paraître paradoxal, la gale peut exister, assez intense même, sans autre chose que ce que nous appelons le *prurit inconscient*, exception qui, d'ailleurs, n'est pas spéciale à la gale. Certains malades, atteints de diverses affections prurigineuses, au moment même où on les prend en flagrant délit de grattage, déclarent qu'ils n'ont pas de démangeaisons; ils reconnaissent qu'ils se grattent instinctivement, inconsciemment, sans *percevoir* la démangeaison. Le *prurit inconscient* est réalisé *ad integrum* chez les sujets qui se grattent en dormant, sans que leur sommeil paraisse interrompu; ce dernier cas n'est pas rare. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

typique la région cutanée qui s'étend du mamelon jusqu'un peu au-dessus des genoux ; la partie antérieure du tronc, à partir de chaque mamelon comme limite supérieure ; les parties génitales, la face interne des cuisses sont recouvertes par ces efflorescences discrètes et par les lésions de grattage. On l'observe aussi à la face interne de l'articulation du poignet, sur la surface d'extension du coude, sur les fesses, les jambes et sur toutes les régions facilement accessibles aux ongles (peu, par conséquent, sur la région dorsale), toujours avec plus d'intensité (et cela est caractéristique) sur les foyers principaux des sillons, c'est-à-dire le mamelon, le pénis, le creux des aisselles, etc., et leur voisinage immédiat. L'aspect est si typique, qu'on peut le reconnaître de loin au premier coup d'œil.

Les régions dans lesquelles l'eczéma est habituellement très prononcé, sous forme pustuleuse et croûteuse, et avec infiltration de la peau, sont : les mains ; chez les femmes, le sein ; les fesses, chez les cordonniers (1), quelquefois le pénis, le scrotum, les mains et les pieds, ainsi que généralement toutes les parties de la peau qui peuvent être le siège de callosités produites par compression. Aux mains et aux pieds, chez les enfants à la mamelle et chez les jeunes gens, on voit, au-dessous et près des sillons, de grosses vésicules et des bulles qui se développent souvent sous forme de rupia, dont les croûtes recouvrent les sillons au point de les rendre méconnaissables (2).

---

(1) Les cordonniers partagent le privilège de cette localisation avec tous les sujets que leur profession maintient habituellement assis dans des conditions analogues. E. B. — A. D.

(2) Voici la caractéristique principale des éruptions psoriques :

Elles sont *polymorphes :* sur le même sujet on peut rencontrer des plaques ortiées, des papules (eczéma papuleux, lichen de beaucoup d'auteurs, prurigo psorique de Hardy, etc.), des vésicules simples (miliaire acarienne), des vésicules eczémateuses ou impétigineuses, des pustules (ecthyma simple, rupioïde, furonculeux), la série entière des croûtes appartenant aux épidermites, depuis la petite croûtelle sanguine qui couronne le sommet des saillies pilaires dans l'eczéma papuleux, jusqu'aux croûtes rupioïdes ; enfin de véritables bulles qui ont été parfois confondues avec du pemphigus vrai.

Chronologiquement, la première de ces manifestations est la miliaire acarienne ; la seconde, la plus étendue, est l'eczéma papuleux, prurigo de Hardy — (lieux d'élection : avant-bras, toute la face antérieure du tronc au-dessous des mamelons, face interne et antérieure des cuisses).

En troisième lieu, nous plaçons l'eczéma vésiculeux et pustuleux, plus ou moins suintant et croûteux selon les sujets, souvent à forme d'impétigo, rarement tout à fait généralisé, si ce n'est chez les très jeunes

Sous le nom de gale de Norvège ou de Bœck (1) (gale croûteuse), Hebra a décrit une espèce particulière de gale, qui avait été auparavant signalée chez les lépreux, par Bœck et Danielssen, et plus tard par Fuchs, Gumpert et Bamberger, Bergh, Rigler, Vogel, Duben,

---

sujets. La valeur diagnostique de l'eczéma psorique procède, non de ses caractères propres, mais de son association avec les éruptions précédentes, et de ses localisations : espaces interdigitaux, avant-bras, coudes, régions fessières, pieds, jarrets, abdomen.

Lorsque la gale a quelque durée, et lorsque les démangeaisons se produisent depuis un certain temps, on observe, en outre, au niveau des lieux d'élection, sur le tronc particulièrement, au-devant des aisselles, une hyperchromie diffuse (mélanodermie acarienne), laquelle est plus ou moins prononcée selon la faculté chromatogène très variable suivant les sujets, et qui appartient à la gale comme à toutes les affections prurigineuses; sa *localisation* propre dans plusieurs d'entre elles acquiert une valeur diagnostique importante.

Enfin il suffit d'ajouter, pour ne rien omettre, que, soit, en raison d'une disposition constitutionnelle particulière, soit en raison du manque de soins, ou encore du fait de traitements irrationnels, on peut voir survenir, régulièrement chez les jeunes enfants, à titre d'exception ou de complication chez les adultes, toutes les variétés de dermite impétigineuse ou eczémateuse, les plus étendues et les plus graves ; des adénopathies aiguës, douloureuses, avec ou sans phlegmon périadénique ; de la lymphodermite avec abcès (pseudo-phlegmons). Des complications plus profondes, plus graves, plus insolites, ont été observées, mais cela à titre tout exceptionnel.

On ne peut pas encore donner une explication satisfaisante du développement de toutes les variétés particulières que l'on observe dans la symptomatologie acarienne; dans certains cas, par exemple : sillons multipliés, éruptions cutanées très légères; dans d'autres, éruptions cutanées et symptômes subjectifs intenses, très peu de sillons. Cette opposition est presque une règle. C'est là une question qui a besoin d'être reprise à l'aide de faits précis et complets ; la seule donnée pratique que nous en voulons retenir et souligner en ce moment, c'est que l'absence de sillons apparents au premier abord, et même à un examen approfondi, n'implique pas la négation de la gale. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point, à propos du diagnostic.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La découverte de la *gale des lépreux* par Boeck, à titre général, d'abord —voy. la traduction française du *Traité de la Spedalsked*, Paris, 1847-48 — puis à titre particulier, de 1848 à 1851, est d'un très grand intérêt, à la fois pour l'histoire de la lèpre et pour l'histoire de la gale. Sur le premier point surtout, elle éclaire d'une vive lumière la série des complications eczémateuses de la lèpre, qui ont si souvent dénaturé l'aspect de la maladie, et causé les confusions les plus inextricables. Sur le second point, la question n'est pas encore déterminée de savoir si la gale de Boeck, la gale norvégienne, ce que nous appe-

Mittermayer, et dont nous avons vu aussi quelques cas à notre clinique (1). Dans cette variété, lorsque la maladie a duré plusieurs années, ou, chez certains sujets ayant une prédisposition individuelle, après un laps de temps plus court, il se produit à la paume des mains, à la plante des pieds, aux coudes, aux genoux, des callosités épidermiques de plusieurs millimètres d'épaisseur, à l'intérieur desquelles on ne trouve pas les acares dans des sillons réguliers, mais, comme dans la gale des troupeaux, dans des espaces creusés d'une manière irrégulière.

Probablement cet état tient au grand nombre d'acares dont on peut

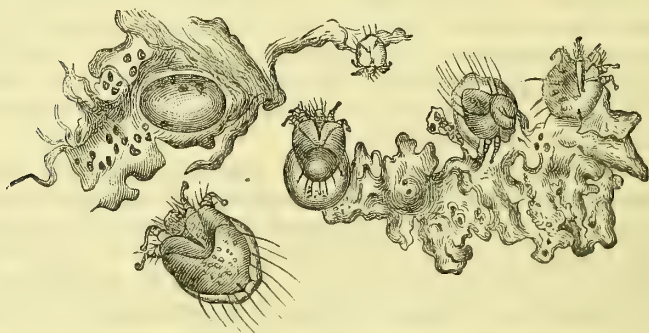


Fig. 76.

Croûte d'une *gale croûteuse*. Acares à diverses périodes de développement, œufs, fèces.

trouver, à l'intérieur de la couche muqueuse, un nombre infini, à tous les degrés de développement, tandis que les couches de cellules cornées, insuffisantes pour leur nutrition, n'en contiennent que des débris morts. On a observé aussi comme conséquence de la présence de ces masses acariennes l'épaississement caséeux des ongles et la chute des

---

lons la gale à croûtes géantes, dépend, dans ses formes extraordinaires, du terrain sur lequel elle se développe (opinion de Hebra), ou de la variété particulière de sarcopte qui la cause (opinion de Fürstenberg, *sarcoptes crustosæ*). Mégnin adopte l'opinion de Fürstenberg (théorie suédoise), et précise le *sarcopte des carnassiers* comme propre à cette forme de gale, voy. MÉGNIN — *loc. cit.*, p. 305 et suiv.

Cf. : l'observation si remarquable de FÉRÉOL, 1856 — *Gazette médicale* — et l'*examen histologique* de Ch. ROBIN, qui y est annexé.

E. B. — A. D.

(1) Voy. l'observation de FÉRÉOL, *loc. sup. cit.*

E. B. — A. D.

poils, comme cela a lieu dans la gale des animaux. Un ongle de gale croûteuse, appartenant à la clinique de Vienne, contient en grande quantité des débris d'acares dans des cavités irrégulières (1).

L'apparition de la gale, comme le montrent l'inoculation expérimentale ainsi que la transmission accidentelle, suit immédiatement la sensation de prurit qui augmente en intensité avec les progrès de l'affection. Le premier sillon ne se produisant qu'au bout de huit à quinze jours, et quelques semaines étant encore nécessaires pour le développement de nouveaux sillons par des acares fécondés, émigrés et débarrassés de leur mue, on peut considérer toute gale, même d'une intensité moyenne et répandue sur diverses parties du corps, comme existant depuis au moins six semaines à trois mois. La maladie, abandonnée à elle-même, se généralise dans l'espace de quelques mois avec des symptômes de plus en plus accusés (sillons et eczéma) sur les points de localisation typique que j'ai cités ; elle peut alors persister pendant un temps illimité, même pendant toute la vie, comme l'enseignent quelques observations faites en Norvège, par Bœck, Hebra, sur des lépreux. La gale n'a pas d'autres effets que la série des modifications cutanées que j'ai décrites, même quand elle persiste aussi longtemps ; elle n'amène notamment aucune espèce de lésion des organes internes ou de leurs fonctions.

Pendant la durée des maladies fébriles et dépressives, pneumonie, variole, typhus, fièvres puerpérales graves, etc., les symptômes de la gale disparaissent, car le prurit cesse, les éruptions eczémateuses s'effacent et les sillons deviennent invisibles, mais on les voit se manifester de nouveau nettement avec la convalescence. A l'époque où l'on n'avait encore aucune connaissance exacte de la nature de cette affection, ni de la pathologie de ces divers processus fébriles, cette circonstance avait fait croire que la disparition de la gale était due à ces maladies générales graves et dangereuses, et que celles-ci étaient la suite d'une gale « repoussée », « rentrée » par suite de refroidissement, d'onctions, etc., en un mot que ces maladies étaient des métastases de la gale. Il est facile de se rendre compte de ce qui se passe dans ces cas ; les acares meurent dans la peau qui, desséchée par la fièvre, présente une température anormalement élevée, ou est devenue atonique par anémie ; il en résulte l'absence de prurit et de grattage, et comme conséquence ultérieure, la disparition de l'eczéma. Mais les œufs restent intacts. Pendant la convalescence, les jeunes acares reviennent sur la

(1) Tous ces faits sont bien confirmatifs de l'opinion de Mégnin ; le sarcopte vulgaire de l'homme ne saurait modifier ainsi ses mœurs, ni produire de semblables altérations. E. B. — A. D.

peau turgescente, et les symptômes scabiéiques se produisent de nouveau.

L'étiologie de la gale, d'après ce que je viens de dire, n'exige pas de nouvelles explications; sa cause réside uniquement dans le sarcopte. La contagion n'a lieu que si des acares pleines, ou bien des femelles et des mâles arrivent en même temps sur la peau et pénètrent dans l'épiderme, qu'ils proviennent de l'homme ou bien d'animaux atteints de gale. La contagion de l'homme à l'homme, la plus habituelle, se produit assez facilement, mais elle n'a lieu cependant que par un contact prolongé et durable, surtout dans la chaleur du lit, par le fait du coucher en commun, circonstances particulièrement favorables au but que les acares poursuivent sur la surface cutanée (accouplement et fouille). La gale se transmet à coup sûr difficilement pendant le jour et dans des contacts passagers, ou par l'usage d'outils et de vêtements d'individus atteints de gale.

Je montre continuellement, dans mes cours, des galeux, je les fais circuler de groupe en groupe; je tiens, pendant plusieurs minutes, dans ma main, leur main pleine d'acares, je ne me lave souvent qu'au bout d'une demi-heure, et, malgré tout, je n'ai jamais pris la gale (1). Parmi les classes de la société qui, chez nous, fournissent le

(1) L'exemple est plus frappant encore, si cela est possible, dans notre hôpital Saint-Louis, à cause du nombre particulièrement considérable des galeux que nous *manions* souvent durant plusieurs heures. Nous ajoutons que jamais, dans les longues contemplations faites, à la loupe, de surfaces tégumentaires acariennes, nous n'avons surpris d'acares sur la peau, et nous ne sachions pas que personne en ait jamais constaté, ou au moins que l'on en constate aisément ou communément, comme cela aurait lieu si ces parasites avaient des mœurs diurnes vagabondes.

Il ne se passe pas de semaine que quelque étudiant en médecine ne vienne demander un *bon* pour le traitement de la gale, mais, chose étrange, ce ne sont pas ceux de l'hôpital où l'on manie les galeux; nos futurs confrères ont contracté la gale, *quoique* étudiants en médecine, et non parce que; plus experts dans l'art de la reconnaître, ou plus défiants, les élèves de l'hôpital Saint-Louis savent mieux éviter le danger.

On ne le saurait trop dire, la gale ne se contracte *ordinairement* que par cohabitation, contact intime prolongé ou répété, et nocturne plus particulièrement; il ne faut pas affirmer que cela n'ait *jamais* lieu plus accidentellement, mais il suffit de bien savoir que cela est en dehors de la règle.

Dans les cas où la gale est contractée médiatement par les vêtements, des objets de literie, des gants, nous sommes disposés à penser que la transmission a lieu par les œufs renfermés dans des squames ou dans des croûtelles de grattage.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

plus fort contingent de galeux, il faut citer les ouvriers (les apprentis), qui ont l'habitude d'avoir un lit pour deux, et avant tout les cordonniers, puis les tailleurs. Les cordonniers constituent 40 à 50 p. 100 de nos galeux, les tailleurs de 20 jusqu'à 30 p. 100 (1), et, grâce à ces deux corps de métiers, nous avons eu en traitement, dans la division dermatologique, pendant les années précédentes, de 1,000 jusqu'à 1,200 galeux par an. Depuis 1864, que les corps de métiers ont des médecins à eux qui soignent les galeux à la consultation gratuite, le le nombre des sujets atteints de gale traités à la clinique a diminué de 500 par an. Mais, chez les cordonniers, la gale est toujours prédominante, et le Dr Weinberg, médecin de ce corps d'état, a, depuis 1864 jusqu'à 1878, c'est-à-dire dans l'espace de quinze ans, trouvé sur 29,497 cordonniers venus à la consultation gratuite, 5,632 galeux, c'est-à-dire 20 p. 100 de tous les malades (2).

Pour le diagnostic de la gale, il suffit de donner une attention suffisante à ses symptômes caractéristiques. Et pourtant c'est un fait qu'il n'y a guère de dermatose qui ait été plus souvent méconnue par des médecins, d'ailleurs instruits. Nous avons eu assez souvent l'occasion de voir des malades atteints de gale ou affectés de vives démangeaisons avec grattage (et d'eczéma), qui avaient été traités sans succès pendant des mois et des années par des remèdes internes et externes, des cures de boissons et de bains, seulement et uniquement parce que le diognostic « gale » n'avait pas été porté (3), tandis que, comme notre

---

(1) Nos cordonniers et nos tailleurs parisiens ne sont pas, à ce degré, plus atteints par la gale que les autres ouvriers ; cela indique seulement qu'ils sont disséminés dans l'agglomération, et soustraits aux causes particulières de communauté, qui seules peuvent expliquer l'envahissement d'un corps d'état par la gale. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Cela ne s'applique pas, dans les mêmes proportions, à la ville de Paris. E. B. — A. D.

(3) Ici il n'y a plus de différence entre Vienne et Paris, et nous voyons aussi trop souvent des cas de gale méconnus par des médecins, d'ailleurs instruits, qui traitent avec résignation de pauvres patients de toute catégorie pendant de longs mois, malgré les preuves les plus extrêmes d'insuccès, par les médications internes ou externes les plus variées. Nous ne parlons pas, bien entendu, en rappelant ces erreurs, des cas de gale exceptionnels, débutant, altérés déjà par des applications locales; en un mot, de ces cas où l'ambiguïté existe pour tout le monde, même pour les dermatologistes de profession, mais bien des seuls cas à diagnostic facile, manifeste, patent, que chacun doit savoir reconnaître et traiter. Ce sont ceux-là que l'on rencontre encore trop souvent méconnus.

E. B. — A. D.

mode de traitement en fait la démonstration, une friction avec un remède antiscabiéique quelconque eût d'un coup amené la fin de leurs longues souffrances. On ne peut pas exiger que tout médecin possède l'art d'extraire les acares, ce qui n'est pas facile, même pour le spécialiste, dans les formes compliquées ou dans les cas de lésions modifiées par des bains, des lotions savonneuses, etc.; mais cette démonstration n'est pas nécessaire, et le diagnostic des formes communes ne présente véritablement pas de difficulté.

Dans les cas types, les sillons sont très faciles à reconnaître, à la condition de les rechercher en différents points du corps. On ne devra pas, en effet, se borner à examiner seulement les mains sur lesquelles les sillons peuvent être altérés et rendus méconnaissables par l'usage du savon, chez les personnes qui prennent des soins de toilette attentifs, ou qui sont occupées à laver; il en sera de même chez les ouvriers sous l'influence des acides ou du frottement. Chez l'homme, on ne devra jamais omettre d'examiner aussi le pénis; chez les femmes, on aura soin d'explorer le mamelon et les régions où les attaches des robes ont exercé une pression : dans tous ces points, on trouvera certainement des sillons et des indurations allongées. Enfin, dans les cas même où les sillons ont été détruits par un traitement incomplet, on peut encore reconnaître leurs contours caractéristiques (fig. 71 et 74), qui se distinguent des éraillures communes de la peau en ce que de distance en distance leurs bords sont parallèles, et que divergents à une de leurs extrémités, ils se fusionnent à l'autre en forme de fer à cheval (1).

Un autre élément bien plus important pour le diagnostic est, outre le caractère de l'eczéma (consistant principalement en papules, vésicules et pustules discrètes), la localisation principale sur les régions du corps dont il a été question précédemment (2).

Je conseillerais volontiers de diagnostiquer tout simplement comme gale tout cas dans lequel une telle localisation s'impose à l'observateur, ou du moins, — c'est la chose principale dans la pratique, — de le trai-

---

(1) La recherche du sillon est le moyen pratique essentiel de diagnostiquer la gale, et de démontrer la réalité de son diagnostic; c'est un véritable signe de certitude, à la portée de tous. Mais pour réussir dans tous les cas où ce sillon existe, il faut *savoir le chercher;* or cela s'apprend sur le galeux, non dans le livre. E. B. — A. D.

(2) La *polymorphie* des éruptions, leurs *localisations* interdigitale, antibrachiale, olécranienne, préaxillaire, pénienne, mammaire, etc., etc., et, par-dessus tout, l'examen attentif d'un certain nombre de galeux fait antérieurement, permettront, huit fois sur dix, de faire du premier coup d'œil un diagnostic de présomption que la recherche du sillon complète aisément, neuf fois sur dix. E. B. — A. D.

ter comme tel (1). Car on fera certainement disparaître la plus grande partie des symptômes, eczéma et prurit, par l'application d'une pommade pour la gale, et, dans aucun cas, ce traitement ne sera nuisible, si même le diagnostic n'était pas exact. Le préjudice serait à coup sûr moins grand que si l'on se bornait à une médecine expectante, ou si l'on soumettait le malade à des cures de boissons ou de bains qui ne répondraient nullement au but qu'on se propose.

Le pronostic de la gale, même de celle qui a persisté plusieurs années, qui s'est généralisée et a présenté des complications de toute espèce, est absolument favorable, car on peut guérir la maladie pour toujours, d'une manière certaine et dans un délai très court (2).

Le problème à résoudre pour le traitement de la gale est indiqué d'une manière positive.

En premier lieu, il faut détruire la cause de la maladie, c'est-à-dire les acares et leur couvée. On fera cesser ainsi en même temps le prurit et le grattage, et, avec ces derniers, la cause de l'eczéma, qui disparaît alors spontanément.

Mais comme l'eczéma donne lieu à des démangeaisons nécessairement suivies de grattage, et que, dans bon nombre de cas, il se développe avec une intensité telle, qu'il devient une véritable maladie, et que, dans ces conditions, un homme est hors d'état de travailler et ne peut être dit bien portant, la seconde partie du traitement consiste à guérir cet eczéma.

Il importe de se rappeler ces circonstances en présence des cures rapides qui ont été vantées, de différents côtés (3), dans ces dernières années. Car il est évident, pour tous ceux qui connaissent bien la question,

---

(1) Cela se fait communément dans la pratique de la policlinique, ou dans la pratique nosocomiale, et l'événement démontre le bien-fondé du conseil de l'auteur. E. B. — A. D.

(2) Ce tableau est assez souvent plus sombre ; tantôt chez les enfants ou chez les sujets eczémateux les éruptions acariennes sont continuées par un véritable eczéma souvent de longue durée ; tantôt il survient des complications auxquelles nous avons déjà fait plus haut allusion, voy. la note 1 de la page 888. Dans d'autres cas encore, un prurit opiniâtre succède à la gale, et persiste longtemps après. Le médecin est assez souvent poursuivi par les plaintes de malades devenus véritablement psorophobes, et qui viennent réclamer une série indéfinie de *frottes*. Il sera toujours prudent de ne pas formuler son pronostic à titre banal, mais seulement après l'avoir basé sur un examen attentif du malade, et de ne prendre la responsabilité que des seules médications que l'on est appelé à surveiller ou à diriger. E. B. — A. D.

(3) L'école de l'hôpital Saint-Louis s'honore d'avoir en même temps indiqué la nécessité des frictions générales, et d'avoir simplifié au plus

que la première partie du traitement dont j'ai parlé, la destruction des acares, se réalise chaque fois rapidement, et que, par suite, le malade est, dans beaucoup de cas, rétabli de fait, mais que dans les points où existe un eczéma intense, il n'est pas guéri malgré la disparition de la gale. Il faut donc encore traiter l'eczéma, mais jamais par une cure rapide (1); on ne parvient souvent à le faire disparaître qu'à l'aide d'un

---

haut degré le traitement de la gale; les noms de Bazin et de Hardy sont ceux auxquels se rattachent ces progrès considérables : Voy. BAZIN, art. GALE — *Dict. encycl. des Sc. méd.*, et HARDY — art. GALE du *Nouveau Dict. de méd. et chir.* E. B. — A. D.

(1) Il ne doit subsister ici aucune ambiguïté ; la *cure rapide* de la gale, ou le procédé de Hardy, constitue un fait thérapeutique d'une grande importance populaire, et qu'il ne s'agit pas de juger ainsi sommairement. La question, pour être posée avec rectitude, doit être divisée, et non pas exposée en bloc. Il y a des cas où la *cure rapide* est applicable, logique, bonne, suffisante ; il y a d'autres cas dans lesquels elle n'est pas applicable, et où elle serait illogique, mauvaise, inutile ou nuisible ; nécessité est donc d'examiner les catégories à part.

1° *Cas où la cure rapide est indiquée.* — Pour tous les sujets chez lesquels les lésions cutanées sont peu intenses, la *cure rapide*, faite en dehors de tout séjour à l'hôpital (ainsi que cela se pratique à Paris depuis l'année 1852, époque à laquelle Hardy a institué sa méthode), est un bienfait considérable pour la population, et, dans une ville comme Paris, un soulagement, un grand profit pour le budget des pauvres. Ces cas, auxquels nous venons de faire allusion, constituent la grande majorité; le séjour de l'hôpital serait, pour la plupart de ces malades, une obligation à laquelle ils ne se résigneraient plus aujourd'hui.

L'observation démontre surabondamment que la *cure rapide* est suffisante dans la presque totalité de ces cas; ceux chez qui l'eczéma survit intense à la destruction des acares reviennent, et sont alors admis à l'intérieur, ou munis des moyens nécessaires à achever la guérison des lésions cutanées consécutives; ils sont en minorité.

2° *Cas où la cure rapide n'est pas indiquée.* — Pour les sujets qui offrent des lésions acariennes intenses; pour les malades qui se présentent avec de véritables dermites eczémateuses, la *cure rapide* n'a plus de raison d'être, et il vaut mieux les recevoir à l'hôpital et les traiter pendant le temps nécessaire, une semaine ordinairement, d'après nos usages, quelquefois davantage.

Ces réserves faites, nous ne refusons pas de reconnaître que la *cure rapide* est surtout un procédé populaire, expéditif et économique, plutôt qu'un moyen méthodique, et qu'on doit l'entendre au point de vue de la *destruction de la cause*, non de *la guérison immédiate des lésions cutanées*. Voy. plus loin, pour développements et pour complément, l'*Appendice des Traducteurs sur le Traitement de la gale*, pp. 901 et suiv.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

traitement de plusieurs jours, ou même de plusieurs semaines. Nous ne considérons pas un malade atteint de gale, comme guéri, ainsi que le prouve l'expérience, tant qu'on n'a pas fait disparaître les phénomènes morbides provenant de la cause première, et que l'individu n'a pas repris ses occupations habituelles et la santé. Aussi, nous ne proclamerons pas la supériorité de la cure rapide, et nous déclarerons, au contraire, que, dans notre hôpital, la durée moyenne du traitement de la gale est, pour les hommes, de trois à cinq jours; pour les femmes, de cinq à sept; parce que chez les premiers (les cordonniers et autres ouvriers) l'eczéma des fesses, chez les femmes celui des seins, exigent souvent pour leur guérison de deux à six semaines.

Les remèdes dont l'efficacité est certaine pour la destruction des acares et de leur couvée, sont les suivants : le soufre, les infusions, les décoctions et les huiles éthérées de certaines plantes, les semences de staphysaigre, l'ellébore, les baies de laurier, l'huile de caryophyllée, de romarin, de menthe, etc. ; en outre, les huiles balsamiques et empyreumatiques, le baume du Pérou, de tolu, le pétrole (Decaisne), le styrax (Pastau), le goudron, le naphtol. A ces médicaments, il faut encore ajouter ceux qui, en macérant l'épiderme, facilitent la pénétration des parasiticides dans les sillons, comme le savon et les poudres grossières (craie et pierre ponce).

Avec les médicaments que j'ai indiqués, l'empirisme a multiplié des combinaisons qui peuvent se compter par centaines, combinaisons qui ont joui d'une renommée plus ou moins grande, sous le nom de « pommades pour la gale », « lotions antipsoriques », et dont l'emploi a, en général, justifié le crédit.

Voici quelques-uns de ces remèdes :

Pommade d'Helmerich :

Soufre citrin	10	grammes.
Sous-carbonate de potasse.	1	—
Axonge	40	—

P. d'Alibert :

Fleur de soufre.	40	grammes.
Muriate d'ammoniaque	10	—
Axonge	80	—

P. de Jadelot :

Sulfure de potasse	20	grammes.
Savon blanc	80	—
Huile d'olive	14	—
— de thym	1	—

P. de Vezin:

Fleur de soufre	ââ 20 grammes.
Savon blanc	
Axonge	
Poudre d'ellébore blanc	1 —
Nitre pur.	0 gr. 1 décigr.

P. de Wilkinson modifiée (par Hebra) :

Fleur de soufre	ââ 20 grammes.
Huile de hêtre.	
Savon vert	ââ 80 —
Axonge	
Craie blanche pulvérisee.	5 —

P. de Weinberg :

Styrax liquide	ââ 10 grammes.
Fleur de soufre.	
Craie blanche.	
Savon vert	ââ 20 —
Axonge	

P. de Bourguignon :

Huile de lavande	ââ 1 gr. 50
— menthe.	
— caryophyllée	
— cinnamone	
Gomme adragante.	5 —
Carbonate de potasse	35 —
Fleur de soufre	100 —
Glycérine	200 —

(Préparation d'un prix très élevé).

P. d'Adolf :

Fleur de soufre	ââ 35 grammes.
Baies de genévrier	
Baies de laurier pulvérisées	
Axonge.	

Solution de Vlemingkx : solution de foie de soufre et de chaux, d'après la formule magistrale.

On peut encore employer avec avantage le savon de potasse seul ou les savons sulfureux, les savons de sable et de soufre du commerce ; les savons de soufre et de naphtol; ou bien le baume du Pérou ou le styrax soit purs, soit mélangés avec des huiles. Le pétrole (1) seul et toutes

---

(1) Nous proscrivons l'usage du pétrole en frictions générales, à cause des accidents que nous avons constatés chez des sujets brûlés gravement pendant son emploi, et des violentes dermites eczémateuses qu'il

les infusions et décoctions aqueuses aromatiques ont moins d'efficacité.

Quant au choix du remède, au mode d'application, il faut, d'après notre expérience, se guider sur la double considération que les principes imposent à la thérapeutique. D'après cela, on doit recommander de préférence les remèdes et les méthodes de traitement qui permettent de détruire le plus promptement les acares et leurs sillons, et qui irritent le moins la peau.

Dans ce sens, je peux recommander actuellement, outre l'onguent de Wilkinson modifié que j'ai essayé et conseillé jusqu'à présent, la pommade de naphtol employée depuis 1881 dans ma clinique, assurément comme le meilleur remède contre la gale. Voici ma formule :

Axonge	100	grammes.
Savon vert	50	—
Naphtol	15	—
Craie blanche pulvérisée	10	—

Sous l'influence de cette pommade, les sillons et les éruptions eczémateuses se flétrissent et le prurit se calme immédiatement.

En même temps, la peau devient douce au toucher, de plus l'absence d'odeur et de coloration constitue encore d'autres avantages de cette préparation.

Contre ceux de gravité moyenne, il suffit d'employer une des préparations suivantes : le baume du Pérou pur ou le liniment ci-après formulé :

Styrax liquide		5	grammes.
Pétrole du commerce	ãã	15	—
Huile d'olive			
Baume du Pérou		10	—
Alcool de savon de potasse		20	—

Ou bien encore :

Fleur de soufre		15	grammes.
Vaseline	ãã	25	—
Lanoline			
Huile de lavande	ãã	5	gouttes.
— menthe			
— naphte			

---

peut provoquer ; c'est, en outre, un antiscabéique infidèle. Mêmes restrictions à l'égard des savons pétroléiques, dont l'odeur est inacceptable pour beaucoup de malades, et qui, appliqués aux éruptions acariennes intenses et étendues, sont au nombre des topiques les plus irritants. E. B. — A. D.

Tous les corps gras, comme le baume du Pérou, le styrax, etc., ont au contraire l'inconvénient, en premier lieu, de ne pas amener la dessiccation de l'eczéma, et en second lieu, les sillons, en raison du gonflement de leur enveloppe épidermique, paraissent pâles et succulents et en outre incolores, en sorte qu'il est difficile de se rendre compte si dans chaque sillon, on a détruit les acares et les œufs. C'est ainsi que, après un traitement quelconque, surtout à la suite de pommades sulfureuses, il survient des éruptions eczémateuses et du prurit dont l'apparition pousse par erreur le médecin à recommencer le traitement, ce qui a souvent une influence nuisible pour la peau, et oblige par conséquent à prolonger la médication.

Il est inutile de faire subir au malade un traitement préparatoire au moyen de bains et de frictions savonneuses; s'il existait de l'eczéma, cette méthode serait même nuisible. Des frictions énergiques avec la main suffisent si l'on se sert d'une pommade, avec un morceau de flanelle si l'on emploie un remède huileux. Il est seulement essentiel de frotter énergiquement toutes les régions de la peau qui sont le siège habituel des sillons.

Ce sont donc en premier lieu les doigts séparément, ensuite les replis interdigitaux, le pli du poignet, la paume et la face dorsale des mains, puis le côté de l'extension des coudes, le repli antérieur des aisselles, le mamelon et les parties adjacentes, le nombril, les hanches, les fesses, principalement la peau qui recouvre les tubérosités ischiatiques, les plis fessiers, le pénis, le scrotum, le rebord interne du pied.

On frotte séparément et vivement toutes les parties que je viens d'énumérer, et ensuite on étend le remède sur toute la surface cutanée. Avec la pommade de naphtol composée, on ne fait chez nos malades atteints de la gale qu'une seule friction, il est vrai avec soin et complète; une seule fois suffit. L'enveloppement dans des couvertures de laine, ou même la sudation (méthode anglaise d'autrefois) sont inutiles et même nuisibles, parce qu'on provoque ainsi un eczéma artificiel. On fait mettre aux malades après la friction des vêtements de laine sur le corps nu : à l'hôpital, on les fait coucher entre des couvertures de laine, pour éviter que la pommade ne soit absorbée par le linge, et on attend non seulement que la peau soit devenue tout à fait sèche, mais encore que tout l'épiderme ratatiné soit exfolié (après l'emploi de la pommade de Wilkinson, de celle de naphtol et de toutes les pommades au savon) et qu'on ait vu disparaître tous les symptômes d'irritation cutanée, lesquels ne manquent complètement que dans un très petit nombre de cas, comme l'urticaire, l'eczéma papuleux. C'est à ce moment seulement qu'on prescrira un bain de propreté ; en général il convient d'y avoir recours du troisième au cinquième jour. Comme

moyens complémentaires, on aura soin, à l'aide d'applications de poudre, en neutralisant l'action irritante de la sueur ainsi qu'en proscrivant l'usage des bains, d'éloigner toute irritation inutile de la peau et toutes les causes d'eczéma artificiel ; donnez à ce point d'autant plus d'attention que vous aurez à faire à une peau plus prédisposée à cette forme d'éruption.

Après une gale de quelque intensité, il reste le plus habituellement de l'eczéma, du suintement, des nodosités, des pustules aux fesses chez les cordonniers, de l'eczéma des seins chez les femmes, des pustules et des bulles aux doigts.

La guérison de ces eczémas s'obtient d'après les procédés ordinaires, au moyen d'onguent diachylon, de l'application de compresses humides, de cautérisations avec une solution de potasse, de manuluves mercuriels et de linges imbibés d'une solution de sublimé, de goudron, de pâtes de zinc, etc. (1).

---

(1) L'art de traiter la gale s'apprend surtout en observant dans les hôpitaux spéciaux où les galeux sont en grand nombre ; malheureusement, il est fort peu d'élèves ou de médecins qui prennent cette peine ; aussi se trouvent-ils généralement fort dépourvus lorsque le moment de traiter, pour la première fois, un galeux est venu, non pas que les formules ni les recettes fassent défaut dans tous les livres qu'ils ont entre les mains, bien au contraire, ceux-ci en regorgent ; mais cette richesse même devient une cause d'extrême embarras. Si l'on n'a pas observé des galeux avant, pendant, et après le traitement, on ne sait en réalité rien de ce qu'il faut prescrire pour le cas particulier, rien de ce qui va se passer, et l'on est en général hors d'état de choisir une formule appropriée à la situation du malade, à la forme, au degré, à l'étendue de l'éruption acarienne, aux lésions réalisées, à la délicatesse ou à la résistance du tégument externe, etc. Deux méthodes générales sont à la disposition du médecin, les unes *rapides*, absolues, les autres, *lentes*, atténuées, mitigées. Nous allons les exposer aussi brièvement que possible dans l'*Appendice* suivant :

APPENDICE DES TRADUCTEURS

I. — Cure rapide de la gale. — Dans les *cas simples*, communs, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas, le traitement de la gale peut se faire dans des conditions infiniment moins compliquées et moins pénibles que celles qui viennent d'être indiquées dans le texte courant.

Les *cas simples* sont ceux dans lesquels il n'existe, chez le sujet atteint de gale, aucune irritation tégumentaire autre que des sillons, des excoriations de grattage, quelques pustules disséminées, et où il n'y

a, au moment de l'examen, ni eczéma proprement dit, ni dermite en plaques, ni lymphangite, ni abcès, etc. Sont encore simples, les mêmes cas dans lesquels il n'y a pas de lésion viscérale : cardiopathie avancée, bronchite aiguë ou chronique, albuminurie, état de grossesse, période menstruelle, etc., etc., c'est-à-dire aucune circonstance pouvant ne pas permettre l'*exposition du corps nu,* l'emploi du bain, etc.

Pour tous ces cas, la médication peut être *expéditive*, courte, non onéreuse, ni dispendieuse, et il y a grand avantage à l'exécuter par les *méthodes rapides,* parmi lesquelles deux principales, la *méthode française*, et la *méthode belge.*

1° *Méthode française, de Hardy, ou de l'hôpital Saint-Louis.— Premier temps :* Friction *sur tout le corps,* accentuée surtout dans les points d'élections, avec du savon mou de potasse. Durée, vingt minutes. *Second temps :* Bain tiède, dans lequel lé corps entier est frictionné sous l'eau ; durée, une heure. *Troisième temps* : Le corps, essuyé, est de nouveau frictionné avec la pommade d'Helmerich, modifiée par Hardy.

Axonge	300 grammes.
Soufre	50 —
Carbonate de potasse	25 —

Durée, vingt minutes. Il est d'usage, à l'hôpital Saint-Louis, d'engager le malade à ne pas s'essuyer après être frictionné, et à ne pas prendre un bain avant le lendemain. Cet usage, bon dans un certain nombre de cas *où la friction n'a pas été convenablement exécutée,* est nuisible dans quelques autres, chez les malades qui ont la peau irritable ou irritée ; nous sommes, sur ce point, en accord avec Fournier, qui ne l'a pas adopté.

Ce procédé, *qui permet de traiter la presque totalité des cas de gale en moins de deux heures, sans interner les galeux, suffit à la guérison radicale* et complète de 90 à 95 p. 100 des galeux. Ce temps pourrait être abrégé de moitié si on faisait la frotte à la brosse.

Six pour cent environ des sujets ainsi traités policliniquement se représentent à nouveau dans les semaines qui suivent, les uns, la minorité, deux à trois pour cent au plus, non guéris, ayant encore des sillons inaltérés ; c'est exclusivement par un défaut de surveillance dans l'exécution du traitement, dépendant du grand nombre des galeux traités en même temps.

Les autres ont des irritations eczématiques plus ou moins vives ; trois à quatre pour cent : ou bien ces malades avaient une irritabilité tégumentaire impossible à prévoir, ou, ce qui est plus vrai, ils n'ont pas été suffisamment *triés* avant d'être soumis à la cure rapide ; enfin cinq à six pour cent reviennent, accusant encore du prurit ; les uns ont réellement conservé un peu d'irritation dermique ; mais la majorité de cette section est composée d'acaromanes chez lesquels l'idée de la gale est devenue une obsession ; les étudiants en médecine, ou les médecins, qui ont contracté la gale, ont une prédisposition particulière à cette nosomanie accidentelle.

Dans la pratique de la ville, cette médication, avec une modification légère, peut être appliquée avec la plus grande simplicité. A une heure de la journée qui convient au malade, ou simplement avant l'heure du coucher, la surface du corps est savonnée *à l'aide d'une brosse à mains* un peu large, avec de l'eau chaude et du savon à volonté ; dix minutes suffisent pour ce premier temps, après lequel le malade continue la friction pendant vingt minutes dans un bain tiède. Au sortir de ce bain, et après avoir essuyé la peau avec des serviettes un peu rudes, il est fait une friction générale du corps avee une brosse à mains imprégnée de la pommade, ou de la préparation adoptée, laquelle dans notre procédé de friction à la brosse, peut et doit être atténuée dans sa composition ; il est nécessaire que la friction soit particulièrement active sur les points que le médecin a désignés au malade après examen attentif de la surface du corps.

La préparation la plus économique cst dérivée des formules de Helmerich et de Hardy ; nous la prescrivons ainsi :

Lanoline	100 grammes.
Axonge ou vaseline	100 —
Carbonate de potasse	10 —
Soufre précipité	40 —
Menthol	0.25 à 1 gr.

Le malade conserve sur la peau la pommade pendant une heure, durant laquelle il recouvre le corps complètement, chemise, caleçon, bas, gant ; ce délai écoulé, il lave le corps dans le bain, ou avec une éponge, de l'eau chaude, du savon, puis après avoir fait, ou non, une onction calmante d'onguent de zinc, de cold-cream, de vaseline, la surface du corps est poudrée à l'amidon.

Si les sillons étaient nombreux, la gale très étendue, et que la peau, examinée le lendemain, ne soit pas trop irritée, que l'on ait encore constaté des sillons intacts, la même médication peut être renouvelée une seconde fois ; mais elle ne le doit être que sur motif, et sur prescription.

La préparation précédente peut être remplacée par un grand nombre d'autres plus élégantes, telles que la pommade de Bourguignon — Voy. le texte courant — qui peut être exécutée plus économiquement en remplaçant lès huiles essentielles par le menthol exclusivement, et que l'on peut réduire à moitié dose de carbonate de potasse, si on l'emploie à la brosse.

Gomme adragante	5 grammes.
Carbonate de potasse	20 —
Soufre précipité	100 —
Glycérine	200 —
Menthol	1 —

2° *Méthode belge, méthode de Vlemingkx simplifiée* — voy. Ed. de Smet : Comment on traite la gale à l'hôpital Saint-Pierre — *Pratique médicale*, 1890, p. 255. *Premier temps :* une demi-heure : bain alcalin. — S.-carb. de potasse, 250 grammes pour un bain de 200 litres — pen-

dant lequel le malade se frictionne tout le corps, surtout aux lieux d'élection, afin d'ouvrir les sillons. *Second temps*, vingt à trente minutes: Friction de sulfure de chaux — chaux vive, 1 kilog.; soufre sublimé, 2 kil. 500; eau, 10 kilog. — à l'aide d'une brosse « de crin animal assez souple ». Cette friction doit être suffisante, mais non excessive, sous peine de trop irriter la peau. *Pendant cette opération, le malade est exposé à l'action d'un feu assez vif pour que la dessiccation du liquide de friction se fasse rapidement, et qu'ainsi le sulfure reste incrusté dans chacun des sillons et dans chacune des vésicules psoriques.* » *Troisième temps :* Bain tiède, émollient ou faiblement alcalinisé, « dans le but de calmer l'irritation produite à la peau, et de débarrasser celle-ci de l'excès de soufre... Si l'état de la peau le permet, dans les cas de récidive notamment, il vaut mieux ne faire prendre le bain que le lendemain. » Après le bain, poudrer à l'amidon.

II. — Cure lente ou mitigée. — Cette cure est indiquée quand le galeux est atteint d'une lésion ou d'une maladie qui contre-indique l'emploi du bain et l'exposition du corps — voy. plus haut, p. 901 — où quand la peau est irritée ou irritable; s'il s'agit d'enfants très jeunes, etc. Dans ces cas divers, la médication consiste à employer des applications graduées en énergie suivant l'état de la peau ou l'âge du sujet; les bains sont remplacés par de simples lavages à l'eau chaude et au savon, réglés avec les précautions convenables à chaque cas particulier. On pratique, tous les soirs, une friction générale, à la main ou à la brosse, avec l'une des préparations suivantes :

Pommade de Bourguignon, modifiée comme nous l'avons indiqué; ou pommade au naphtol et au savon noir, formule de Kaposi — Voy. le texte courant, p. 897 — ou pommade au naphtol sans savon et menthée, selon notre formule habituelle :

β Naphtol.	5 à 15 grammes.
Ether sulf.	s. q. pour dissoudre.
Menthol.	0,25 à 1 gramme.
Vaseline	100 grammes.

On peut encore utiliser la formule, très active et bien supportée, de Weinberg — Voy. plus haut le texte courant, p. 897.

Si la peau est très irritable, ou chez les très jeunes sujets, on peut utiliser les propriétés acaricides du baume styrax associé à la vaseline ou à l'huile dans les proportions de 5 à 25 p. 100 d'huile mentholée, de 0,25 à 1 p. 100.

On peut enfin, entre autres innombrables moyens proposés, faire simplement pendant huit à dix jours, chaque soir, une onction légère avec une petite quantité d'huile douce sur la totalité du corps, après quoi toute sa surface est poudrée avec du soufre précipité : Voy. Sam. Sherwell, A simple method sf treating scabies — *New-York, Med. Journ.*, 1889. — Nous avons plusieurs fois vérifié la possibilité de la gué-

rison de la gale par ce procédé; nous nous sommes servis pour les onctions d'huile camphrée à 1 p. 100.

III. — Accidents consécutifs aux divers traitements de la gale. — Soins consécutifs.

Que la cure ait été rapide ou lente, énergique ou atténuée, elle est toujours plus ou moins cuisante et irritante pour la peau, et le médecin ne doit pas négliger d'en avertir les patients; il ne doit non plus pas manquer de les informer qu'il peut y avoir des *accidents à la suite*, et il ne doit accepter la responsabilité de la cure entière, que s'il la dirige ou la surveille dans son exécution, et dans la période consécutive.

Parmi ces accidents, quelques-uns s'observent sur les viscères, d'autres sur la peau elle-même; les premiers ont certainement contribué au développement des théories anciennes sur les mélastases psoriques.

a) Accidents viscéraux. — Chez un sujet atteint d'une lésion viscérale quelconque, le prurit acarien, l'insomnie, l'excitation nerveuse produite par ces causes diverses, les refroidissements éprouvés pendant les nuits prurigineuses, sont de nature à exaspérer ou à provoquer les manifestations paroxystiques de ces diverses lésions, qui éclatent après les excitations de la cure. D'où la règle de ne soumettre aux cures rapides, balnéaires, à celles qui exposent le corps nu à des impressions de froid inévitables que les sujets qui ne présentent aucune des conditions susindiquées.

L'attention doit, en particulier, se porter du côté de la fonction rénale, car on sait depuis longtemps, que l'*irritation cutanée* acarienne, les frictions *balsamiques* sur la peau excoriée peuvent produire la *néphrite albumineuse*, l'*albuminurrhée*, l'*anasarque* : Voy. sur cette question G. Thibierge, Des relations des dermatoses avec les affections des reins et l'albuminurie — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, T. VI, 1885, p. 424. — Il se passe peu d'années sans que nous ayons dans nos salles, à l'hôpital Saint-Louis, un ou plusieurs cas de cet ordre: albuminurie avec anasarque, le plus souvent constatée *après* la cure, mais aussi quelquefois *avant*. L'albuminurie acarienne ne saurait faire doute; elle existe, mais le plus habituellement légère, bénigne, latente, exceptionnellement intense, avec le cortège habituel des néphrites albumineuses.

Son histoire n'est qu'ébauchée, et est à reprendre avec des observations mieux suivies dans la séquelle; la théorie nerveuse de sa production, la théorie infectieuse, et les autres sont très intéressantes à discuter; mais quand on a observé plusieurs malades de cet ordre, il est aisé de voir que l'interprétation en est très complexe; que les facteurs de l'irritation rénale varient selon les cas, selon l'état antérieur des sujets, la saison, etc., et que, dans tous les cas, le froid intervient comme agent provocateur, suivi d'effet en raison de quelque condition idiosyncrasique, laquelle peut être extrêmement variable et prise dans la série innombrable des conditions pathogéniques de l'irritation rénale.

L'existence de la néphrite albumineuse, de l'anasarque, ne contre-indique pas la cure de la gale, mais seulement l'emploi des méthodes

rapides et des agents capables d'irriter le rein comme *les balsamiques;* nous l'avons exécutée sans autre difficulté qu'un peu de lenteur avec les frictions de pommade au naphtol, suivies de l'enveloppement ouaté simple, ou soufré, chez les malades atteints d'albuminurie avec anasarque.

b) *Accidents cutanés.* — Beaucoup de sujets supportent, sans effraction cutanée, les cures rapides les plus rudes; la très grande majorité des galeux de Paris ou de Bruxelles sont traités, sans accident consécutif, par les méthodes expéditives. Mais il en est d'autres que les procédés les plus doux irritent vivement, et chez qui, à la suite de la cure, on voit se produire des irritations cutanées parmi lesquelles l'eczéma superficiel en nappe sur les membres est le plus ordinaire; les idradénites, les furoncles sont plus rares. Plus ordinaire est la continuation d'un certain degré de prurit lequel, chez quelques malades est le point de départ d'une véritable nosomanie, qui les entraîne à renouveler les applications acaricides, lesquelles finissent par provoquer les poussées eczémateuses, etc. Il est toujours prudent de prévenir les malades que la cure ne peut pas supprimer instantanément les lésions cutanées réalisées, et les irritations des nerfs épidermiques. Dans le traitement de ces complications, les indications à remplir varient selon les différents cas et les sujets, et toute méthode systématique est à rejeter. Les bains, utiles chez quelques malades et dans les saisons chaudes, deviennent nuisibles chez qnelques autres, et pendant l'hiver. — Voici un malade très soigneux, qui pendant deux semaines après la cure, prend chaque jour un bain tiède de son ou d'amidon, et chaque jour sa peau s'irrite davantage; il suffit de suspendre ces bains pour voir tout rentrer dans le calme; et en voilà un autre que quelques bains vont soulager sans délai.

Toute l'attention du médecin dans les accidents consécutifs doit s'attacher à déterminer, dans les doléances des malades, ce qui est réel de ce qui est imaginaire. L'assurance donnée avec fermeté que la gale est vraiment guérie suffit souvent; s'il y a des lésions réelles, des adénites, furoncles, acné irritable, eczéma, etc., le traitement n'est autre que celui qui appartient à toutes ces lésions diverses, sans en excepter les conditions diététiques et le régime qui conviennent à de tels malades, et à ces complications.

Dans les semaines qui suivent, chez les malades qui voient le prurit se prolonger, ou reparaître après un délai de dix à vingt jours, il faut un examen attentif pour savoir si il s'agit réellement d'une *rechute*, c'est-à-dire d'une nouvelle génération d'acares ou d'œufs non complètement détruits, laquelle, seule, justifierait une cure nouvelle; ou si, ce qui est le plus ordinaire, il n'y a que des lésions prurigineuses prolongées.

IV. Désinfection des objets a usage ayant servi aux galeux. — Statistique du traitement de la gale a l'hopital Saint-Louis, de 1881 a 1890. — Les vêtements ou objets à usage des galeux ne contiennent pas d'acares, et sont en réalité peu dangereux. Cependant ces vêtements ou ces objets qui ont été en contact avec les excoriations de grattage,

peuvent contenir des fragments d'épiderme ou des croûtes renfermant des œufs en éclosion, ou en état d'éclore. Cela est assez pour imposer, comme mesure de sécurité, la désinfection des vêtements des galeux en traitement. Dans les cures rapides faites à l'hôpital, la désinfection se fait régulièrement pendant la durée même de la frotte, et les vêtements, ou objets que le malade avait sur le corps, ou qu'il a apportés avec lui, lui sont restitués purifiés. Pour ce résultat, une heure de séjour dans l'étuve à 110 degrés centigrades est absolument suffisante. En dehors des centres hospitaliers, cette désinfection peut se faire dans un four quelconque, muni d'un thermomètre affecté à cet usage ; les objets sont placés dans une caisse en bois à claire-voie et mis dans le four à la température indiquée. Il n'y a pas à se préoccuper des usages ultérieurs du four banal, puisque celui-ci sera nécessairement flambé avant de servir à son usage habituel.

Ces mesures, assurément très importantes pour limiter l'extension de la gale, et les rechutes chez les galeux, ont surtout une importance réelle daus les *épidémies de maison*, de *caserne*, d'*école*, de *famille*. Appliquées aux cas isolés de gale, elles ont aussi une opportunité incontestable, mais on est forcé de remarquer que leur exécution stricte n'a aucune action appréciable sur le mouvement annuel de la gale dans les hôpitaux, lequel est assujetti à des causes de fluctuation supérieures, dont nous n'avons pas la clef.

Le tableau suivant indiquant le nombre de galeux traités à l'hôpital Saint-Louis, pendant les dix années de 1881 à 1890, et le nombre des rechutes ou des récidives, permettra de saisir la portée de notre remarque, sans préjudice des autres documents intéressants qu'il contient.

ANNÉES	MALADES TRAITÉS à l'intérieur		TOTAUX	TRAITEMENT EXTERNE				TOTAUX	RÉCIDIVES DANS L'ANNÉE		TOTAUX	TOTAL GÉNÉRAL
				PAYANT		GRATUIT						
	hommes	femmes		hommes	femmes	hommes	femmes		hommes	femmes		
1881	431	224	655	485	74	6.157	2.489	9.205	307	110	417	10.277
1882	502	297	799	485	112	7.206	2.847	10.650	378	114	492	11.941
1883	343	275	618	442	92	6.082	2.789	9.405	249	99	348	10.371
1884	603	437	1.040	313	72	4.201	1.723	6.309	161	41	202	7.551
1885	456	216	672	270	59	4.132	1.911	6.372	168	50	218	7.262
1886	507	224	731	258	70	3.525	1.684	5.537	231	61	292	6.560
1887	155	75	230	216	50	3.343	1.517	5.126	163	52	215	5.571
1888	281	123	404	216	72	4.267	1.733	6.288	267	58	325	7.017
1889	364	157	521	456	88	5.163	2.433	8.140	371	163	534	9.195
1890	369	184	553	624	124	7.118	3.171	11.037	509	195	704	12.294
Totaux	4.011	2.212	6.223	3.765	813	51.194	22.297	78.069	2.804	943	3.747	88.039

Ainsi qu'on a pu le voir par notre tableau, la gale présente, au cours des années, la plus grande variabilité ; le chiffre des galeux

traités étant de 10,277 pour l'année 1881, s'abaisse à 5,571 en 1887, et, depuis cette époque, s'accroît graduellement chaque année pour atteindre en 1890, le maximum de 12,294.

Le total des galeux que l'on a été obligé de traiter une seconde fois dans l'année paraît assez considérable, un peu plus de 4 p. 100 ; mais il est supérieur à la réalité, car dans ce nombre on a compris les *rechutes* (traitemeut insuffisant), les *récidives* (nouvelle contagion qui peut être extrinsèque), et aussi les malades en assez grand nombre à qui l'on accorde une seconde friction pour donner satisfaction à leur *acarophobie,* mais qui sont en réalité guéris.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON

DERMATOZOONOSES. — ÉPIZOONOSES

Acare des follicules. — Puce pénétrante. — Filaire de Médine. — Lepte automnal. — Tique commune. — Cystique du tissu cellulaire. — Épizoonoses : poux de tête, de corps, du pubis et pédiculose ou phthiriase. — Puce. — Punaise de lit. — Cousin. — Oestre.

ACARE DES FOLLICULES. — DIE HAARSACKMILBE

L'acare des follicules a été découvert par G. Simon en 1842 dans le contenu des follicules de la peau, et depuis lors il a été décrit par Miescher, Owen (*Demodex folliculorum*), Gervais (*Simonea folliculorum*), Gruby, Wedl, E. Wilson, Küchenmeister, etc. (1).

On trouve l'acare des follicules chez beaucoup de personnes, notamment chez celles qui ont de l'acné, ou dont la peau de la face est le siège d'une abondante sécrétion graisseuse; pour l'observer, on examine au microscope la substance des comédons extraits par la pression, ou la matière sébacée que l'on peut obtenir en raclant legèrement sur les parties malades de la surface, le front, les oreilles, le nez, la lèvre supérieure.

(1) Comparez MÉGNIN, *loc. cit.*, p. 255-272. E. B. — A. D.

La forme la plus habituelle de l'acare est celle d'un ver ; souvent on peut voir les pattes et les mandibules en mouvement, sa longueur est de 0,08 à 0,12 millim. et sa largeur de 0,02 millim. (fig. 77).

La tète allongée en forme de trompe porte de chaque côté deux palpes, et perpendiculairement deux mandibules ; sur la partie postérieure existent deux saillies verruqueuses. Un sillon en forme de croissant sépare la tête du thorax, lequel porte de chaque côté quatre pattes conoïdes à trois articles qui se terminent par trois crochets et des bandes tranversales (charpente), qui courent probablement tout autour du corps et sont en connexion avec une bande longitudinale médiane.



Fig. 77.

Acare des follicules (d'après Küchenmeister).

La partie postérieure du corps en forme de ver, à extrémité terminale arrondie, a trois fois la longueur de la partie antérieure ; elle est pourvue d'étranglements latéraux, de fines entailles et de bandes transversales qui l'entourent. A l'intérieur, on a vu un tube digestif (Wilson, Wedl), un corps noirâtre et semblable à une goutte de graisse, et un organe en forme de cœur que Weld considère comme le jeune animal.

L'acare des follicules est-il de sexe distinct ainsi que l'admet Wedl? Passe-t-il par des mues comme l'acare? Ce sont là des faits que les récentes recherches de Csokor sur le demodex du porc ont démontrés d'une manière presque certaine. L'animal que l'on trouve souvent sexapode à la rupture de l'œuf, devient octopode après la première mue, et à la deuxième il est pubère.

Les acares sont enfoncés dans les follicules au nombre de 2, de 5 et même de 20, le plus souvent la tête dirigée vers la base du follicule.

Chez l'homme, ils ne donnent lieu à aucune maladie, et on ne peut pas même les considérer comme une des causes de l'acné.

Chez le chien et le porc (ainsi que chez le chat) il existe un demodex qui ne serait, au point de vue de l'histoire naturelle, qu'une variété de l'acare des follicules de l'homme (Csokor), mais chez ces animaux il occasionne des pustules, des furoncles, des abcès en grand nombre, chez le chien la chute des poils, le marasme et la mort. Gruby aurait réussi à transmettre l'acare des follicules de l'homme au chien, mais aucun autre auteur n'a pu y parvenir; la transmissibilité d'un de ces animaux à l'autre n'est pas mieux démontrée, bien que dans quelques cas les acares envahissent le corps tout entier et que, à ce degré, on les ait trouvés aussi dans quelques meutes de chiens, et dans des trou-

peaux entiers de porcs au marché de Vienne (Csokor); cet état rend les porcs impropres à servir à l'alimentation.

PUCE DE SABLE (PULEX PENETRANS)

La puce de sable (*Rhinochoprion penetrans*) habite l'Amérique centrale et méridionale, entre le 29e degré de latitude nord et sud (Paraguay, Brésil, Mexique, Virginie), et se trouve dans l'Équateur (Quito, Bogota) jusqu'à 6,000 ou 7,000 pieds de hauteur des Cordillères.

Elle pénètre dans la peau de l'homme et de divers animaux : les rats, les souris, ainsi que d'autres espèces, logent les œufs de la « Nigua » (chique), et ceux-ci contribuent à l'extension de l'insecte parasite. Les mâles de couleur jaunâtre circulent librement. La femelle fécondée seule (plus petite de moitié que la puce de l'homme) attaque la peau, et la pénètre dans la région des malléoles, sur un point quelconque de la jambe ou sous les ongles des orteils. La douleur de la piqûre est insignifiante et disparaît immédiatement, de sorte que des voyageurs qui en sont atteints pour la première fois laissent passer ce fait sans y porter d'attention. Du deuxième au cinquième jour, la peau se tuméfie et devient le siège de vives douleurs; il survient des phénomènes inflammatoires, parfois de la lymphangite (comme Karsten l'a observé sur lui-même), et l'on peut même voir se développer un abcès, de la gangrène, la nécrose des os, le tétanos, et la mort suivre ces graves accidents (ainsi qu'on l'a constaté chez des nègres).

La cause de ces symptômes réside dans l'amplification de l'animal occasionnée par le développement des œufs dans l'ovaire; cette tuméfaction peut atteindre 5 millim., ce qui fait cinq fois sa grandeur primitive. Le dépôt, dans les tissus, des œufs fécondés contribue aussi au développement des accidents.

Le procédé de traitement employé par les indigènes consiste à retirer l'animal au moyen d'une aiguille incandescente et à cautériser la plaie avec du tabac. L'extraction réussit mieux au commencement de la tuméfaction inflammatoire qu'aussitôt après l'introduction de l'animal; à ce moment, les mandibules cassent facilement et restent dans la peau.

Comme Karsten l'a démontré, l'animal est, en grande partie, enfoncé dans le derme, de telle façon cependant que le stigma terminal du canal trachéal, dont la plus grande partie est oblitérée, reste ici en communication avec la couche cellulaire cornée contenant de l'air, et rend possible la respiration.

Le ver du bœuf (« Founza ia ngômbé »), dont l'introduction dans la

peau de la jambe est suivie de phénomènes semblables, et que Dutrieux a récemment observé dans l'Afrique orientale, paraîtrait être une larve de mouche.

FILAIRE DE MÉDINE (PEITSCHENWURM)

La filaire de Médine (*filaria sanguinis*, *Dracunculus*, Kaempfer) (1) se trouve principalement sur les côtes occidentales de l'Afrique (Sénégal, Guinée), on la rencontre aussi d'une manière sporadique sur les côtes de l'Inde, de l'Arabie, en Perse, en Arabie, mais ce n'est que dans des cas où elle a été importée qu'on l'a observée en Europe. Ce parasite a son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans toutes parties du corps indifféremment, sous la conjonctive, sous la langue, on en trouve parfois vingt et même plus réunis.

Douleur, tuméfaction, bulle, furoncle à l'ouverture duquel une portion du ver devient visible, tels sont les signes caractéristiques qui indiquent sa présence; ils sont accompagnés de fièvre et de convulsions; la maladie se termine quelquefois par un ulcère fistuleux et la gangrène.

Quelquefois cependant le même parasite n'occasionne aucune espèce d'inflammation ; alors on peut le sentir enroulé à travers la peau, ou bien le reconnaître à la vue en faisant saillir les anneaux de son corps.

On a cru pendant longtemps que le ver s'enfonçait dans la peau,

---

(1) La filaire de Médine, connue en français sous le nom de *Dragonneau*, ou *Ver de Médine* (*filaria Medinensis*, *dracunculus Medinensis*), est une espèce différente de la filaire du sang (*filaria sanguinis hominis*).
E. B. — A. D.

(2) Il n'est pas vraisemblable que la filaire puisse pénétrer dans la peau par effraction directe, mais il n'est pas impossible qu'elle s'introduise par une lacune déjà faite, au niveau d'une piqûre d'insecte, par exemple, que cet insecte la transporte ou non. La voie interne semble être la plus ordinaire. Les jeunes filaires pénétreraient dans des crustacés microscopiques communs dans l'eau douce (expériences de Fedschenko dans le Turkestan), et seraient ingurgitées avec l'eau de boisson (Voy. VAN BENEDEN, article FILAIRE du *Dict. encycl. des Sc. méd.*). Cette dernière constatation aurait une véritable importance pour la prophylaxie, puisque l'on pourrait se préserver en filtrant l'eau de boisson, ou en la soumettant à l'ébullition ; il faut ajouter que cette prophylaxie ne serait que relative si la jeune filaire peut pénétrer dans la peau, ou y être apportée par certains insectes.
E. B. — A. D.

mais cette assertion est manifestement inexacte. Les études de Jacobson, Maisonneuve, G. Lang, Fedschenko, etc., ont démontré que le ver, à partir de la terminaison de la tête, consiste en une enveloppe sarcodiforme qui contient des milliers de petits vers, lesquels, une fois sortis, ont des mouvements vifs. Ils ont 0,05 mill. de long et 0,02 mill. de large ; leur tête est épaisse, sans appareil buccal, leur extrémité caudale est pointue, il leur est impossible de s'introduire dans la peau. Il n'est donc pas exact, ainsi que beaucoup d'auteurs le croient, que la filaire pénètre dans le tégument des individus qui marchent pieds nus dans le sable ou qui se baignent. Il paraît beaucoup plus probable que les vers jeunes, devenus libres en dehors du corps humain, comme Fedschenko l'a démontré, d'une façon plausible, sur des cyclopes des eaux de rivière et de marais, se développent et arrivent à l'état de puberté, mâles et femelles, et que sous cette forme ils s'introduisent alors d'une manière accidentelle dans le tube digestif de l'homme, selon toute probabilité, par l'eau en boisson. De là l'animal, quand le développement des jeunes vers l'exige, émigre vraisemblablement le long des vaisseaux dans la trame des organes et s'établit dans le tissu cellulaire sous-cutané. D'après des faits bien constatés, le laps de temps qui s'écoule entre l'introduction de l'animal dans l'intestin et son émigration dans les tissus est de cinq à quinze mois.

Le meilleur traitement est celui qu'emploient les nègres : dès que le ver se montre à l'ouverture de l'abcès ou du furoncle, on le retire avec précaution en l'enroulant autour d'une baguette, opération qui exige de dix à quinze heures. Si l'on sent une résistance, on s'arrête, parce que, si la filaire se casse, tous les jeunes vers tombent dans le tissu environnant et en augmentent l'inflammation. Ce ver peut avoir de 1 à 4 mètres.

CYSTICERQUE DU TISSSU CELLULAIRE

Le cysticerque du tissu cellulaire a été, dans ces dernières années, observé à plusieurs reprises dans la peau de l'homme (Lewin, Chiff). Il forme là des tumeurs mobiles et indolores, rénitentes, plus ou moins nombreuses, disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané, arrondies, de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette, qui peuvent rester sans changement pendant plusieurs années. Après ablation, on les trouve composées d'une enveloppe cellulaire dont le contenu forme une ampoule à paroi délicate, avec une tête allongée à laquelle il y a quatre ventouses et une couronne de crochets. Dans quelques circonstances, on a en même temps constaté la présence du cysticerque dans

les organes internes, cerveau, bulbe, etc.; en pareil cas, des troubles fonctionnels graves accompagnent leur présence (1).

---

(1) L'histoire complète de la *ladrerie chez l'homme* appartient à la pathologie générale; toutefois la présence des cysticerques dans l'étage inférieur de la peau — *hypoderme* — ou sous les aponévroses musculaires superficielles donne lieu à des tumeurs qui pourraient à la rigueur être confondues avec quelques dermatomes. Cela suffit pour qu'il y ait lieu d'ajouter un court *appendice* à ce que l'auteur vient d'exposer.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Aperçu sur la ladrerie hypodermique et sous-cutanée

I. — Le cysticerque du tissu conjonctif — *Cyst. cellulosæ*, Rudolphi, 1809 — cysticerque ladrique, que l'on peut rencontrer dans le cerveau, l'œil, la langue, les viscères thoraciques et abdominaux, se développe avec une fréquence et un nombre prédominants dans l'*hypoderme*, étage inférieur de la peau, et dans les muscles superficiels, pectoraux, fessiers, etc., où il occupe surtout les espaces conjonctifs interfasciculaires ou intermusculaires. Dans le premier cas, il constitue des tumeurs *de la peau* — Ladrerie hypodermique; dans le second, ce sont des productions sous-aponévrotiques, sous-cutanées — Ladrerie sous-cutanée.

La ladrerie de l'homme n'a encore été étudiée dans des travaux généraux que rarement en dehors des dissertations inaugurales de J. Boyron, Étude sur la Ladrerie chez l'homme, comparée à cette affection chez le porc — *Thèse de Paris*, 1870, et de J. Pellot, De la ladrerie chez l'homme — *Thèse de Paris*, 1880. Mais on trouve dans la littérature de ces dernières années un grand nombre d'observations particulières, importantes ou intéressantes.

Lewin, U. cyst. cell. u. s. Vorkommen in d. Haut d. Menschen, — *Charité Annalen*, II, 1877; Gutmann, — *Berlin. Klin. Woch.*, 1877; Ed. Schiff, Ein Fall. v. cyst. cell. cut. beob. an der Wiener Allgem. Poliklinik, *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1879, p. 375; Féréol, Ladrerie généralisée chez un homme ayant rendu un tænia, etc. — *Bulletins et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 2e série, t. XVI, 1879, p. 151; Rathery, Obs. de ladr. chez l'homme, — *eod. loc.*, 1880, p. 62; Duguet, *ibidem*, p. 68; Troisier, un cas de ladrerie chez l'homme, coïncidence du tænia solium et de cysticerques — *ibidem*, 1882, p. 206; Guermonprez, La ladrerie chez l'homme — *Journal de médecine de Paris*, 1883, p. 749; Tommaso de Amicis, Tre nuovi casi di Cyst. cell. n. cute umana diagnost. s. vivante — *Giorn. ital. d. Sc. med.*, 1885, nº 2; Troisier, Contrib. à l'hist. de la ladrerie chez l'homme, présentation de deux malades — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 3e série, t. II, 1885, p. 120; et présentation de pièces anatomiques relatives à l'un des malades — p. 341; Du Castel — *ib. ibid.*, p. 342; Millard, Note sur un cas de ladrerie chez l'homme — *ibid.*, 1888, p. 261; Lancereaux, Cysticerque ladrique du tissu cellul. sous-cut. et de l'en-

céphale chez l'homme, — *Union méd.*, 1889, et *Leçon de clin. méd.*, 3e série, 1886, 1890, p. 220. Cf. Leloir et Vidal — *Traité descript. des mal. de la peau*, 1890, art. Cysticerque, p. 142.

II. — Sémiologie. — Les tumeurs ladriques, en soulevant la peau ou le derme, forment à la surface du tégument des *saillies*, des tumeurs — *grêles* ou *grêlons*, χαλαζαι — que l'on peut rencontrer sur toute l'étendue du corps, mais surtout dans la *portion sous-diaphragmatique.*

Ces tumeurs sont généralement arrondies, ovoïdes, quelquefois oblongues, du *volume* d'un petit noyau de cerise à celui d'une olive, exceptionnellement *solitaires*, ordinairement *multiples*, — vingt, quarante, cent, — mais pouvant être de plusieurs centaines et sans limitation de nombre; communément *isolées* les unes des autres, disposées *sans symétrie*, elles sont quelquefois alignées, adhérentes, associées, ou même groupées.

La *saillie* qu'elles forment à la surface de la peau est plus ou moins accentuée; on les voit aisément, mais non toutes; il en est toujours que l'on perçoit seulement *par la palpation*, et en allant à la recherche. A leur niveau, la *coloration* de la peau est normale; le derme intact, et non adhérent, peut glisser à leur surface. Elles sont *mobiles* à la manière des ganglions superficiels hypertrophiés; ou au contraire plus ou moins *fixes*, si elles sont sous-aponévrotiques et intra-musculaires. Mais, qu'elles soient hypodermiques ou musculaires, elles sont toujours plus *profondément situées* qu'elles ne le semblent; aussi, le médecin qui cherche à les ponctionner, ou à les extirper, ne doit pas oublier qu'il faut, pour arriver à elles, traverser toujours au moins le derme entier, souvent une couche adipeuse, et inciser l'aponévro se musculaire. Par la ponction, on donne issue au *liquide hydatique* commun, aqueux, clair, transparent, incoagulable par l'acide nitrique ou par la chaleur.

La *consistance* des tumeurs ladriques, sauf pour celles qui dépassent le volume moyen, est élastique, ferme, *dure*, chondroïde, analogue à celle des ganglions sclérosés. En général, nulle *douleur* spontanée, et peu de douleur provoquée par la pression ni par les mouvements, phénomènes qui correspondent à l'absence remarquable de tout procès d'irritation phlegmasique autour des kystes; leur *début* ne s'annonce par aucune douleur, aucune sensation spéciale, et le malade ne reconnaît la plupart des tumeurs qu'au toucher; il en ignore toujours un certain nombre qui ne sont trouvées que par l'exploration. Exceptionnellement, quelques-unes sont irritables, douloureuses spontanément, dans la pression ou dans les mouvements, ou encore donnent lieu, par compression nerveuse, à des irradiations névralgiques.

Arrivées à la période d'état, les tumeurs ladriques peuvent *persister* un temps plus ou moins long dans la peau et dans les muscles, mais non indéfiniment.

Elles présentent, dans leur cours, des *variations* de volume et de consistance survenues sans cause appréciée, quelquefois en rapport, ainsi que cela a lieu pour toutes les affections parasitaires non microbiennes, avec l'état général de l'individu. L'observation de du Castel sur ce der-

nier point — *loc. sup. cit.* — est particulièrement intéressante : Sur un sujet ladrique, il vit, sous l'action d'une dothiénentérie grave, une atténuation des tumeurs telle, qu'on ne les retrouvait plus qu'avec peine par la palpation. Puis, la maladie guérie, en même temps que le retour des forces et de l'embonpoint, on vit la saillie des cysticerques se reproduire et redevenir égale, sinon supérieure, à ce qu'elle était avant le début de la fièvre typhoïde. Peut-être cette règle n'est pas générale, et la reviviscence manque, comme dans le cas de Duguet — *loc. cit.* — où la grande majorité des tumeurs disparut définitivement à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

Limitées dans le temps et dans le volume, elles finissent par subir successivement l'état trouble du liquide, la mort du cysticerque, puis la *calcification* avec *atrophie lente*, laquelle laisse longtemps, à la place du kyste, des nodules *durs* et indolents, du volume d'un grain de blé ou d'avoine — *Ladrerie sèche*, — dont la nature embarrasserait fort le clinicien qui ne serait pas au courant de leur existence. Cette terminaison se produit au bout d'un temps très variable; chez les animaux, le porc, elle présente de grandes différences selon les pays; la ladrerie sèche, rare sur les porcs amenés au marché de Paris, est, au contraire, assez commune à Bordeaux (L. Baillet) — Voy. J. Neumann, *loc. sup. cit.*, p. 579.

Ce mode terminal n'est pas le seul; les kystes peuvent simplement disparaître par résorption, et résolution, après la mort prématurée du kyste, survenue sans cause apprécié. Tel le cas de Duguet — *loc. sup. cit.* — dans lequel cet habile observateur, après avoir constaté au mois d'août soixante-dix à quatre-vingts tumeurs, n'en retrouvait que sept à huit au mois de février de l'année suivante.

III. — Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs ladriques, s'il n'y en a qu'une ou si elles sont en très petit nombre, pourrait présenter quelques difficultés très réelles; toutefois, s'il s'agit de prendre une décision pour une extirpation, comme cela arrive quand le kyste ladrique a son siège au visage, à la région frontale, etc., on devra se rappeler que la question de la ladrerie doit être soulevée, même à propos de petites tumeurs en apparence banales, et généralement de toutes les tumeurs kystiques.

Pour les dermatomes proprement dit, *tumeurs dermiques*, tumeurs du chorion, il en est très peu qui puissent simuler les grêlons ladriques, si l'on se rappelle que ceux-ci sont très souvent sous-aponévrotiques, la peau entière glissant alors à leur surface, et toujours sous-dermiques — hypodermiques. Il semble difficile que l'on prenne l'*adénopathie syphilitique*, et les *gommes* de tout ordre, pour des grêlons ladriques; mais quelques *fibrolipomes* disséminés pourraient en imposer plus aisément, si l'on ne remarquait pas que ceux-ci s'étalent davantage que les kystes à cysticerque, et que la peau proprement dite n'en peut pas être détachée comme elle l'est du grêlon ladrique. Pour les *fibromes* — molluscum —, leur seule *mollesse*, comparée à la *dureté* des tumeurs ladriques, suffirait à éloigner la confusion si elle venait à l'esprit; enfin les *névromes* pourraient quelquefois, en raison de leur mobilité relative, présenter

une ambiguïté réelle, si l'on n'avait pas leur localisation systématique et les phénomènes névralgiques qui leur appartiennent souvent.

Les *coïncidences pathologiques* de la ladrerie hypodermique ou sous-cutanée, beaucoup plus importantes qu'elle-même, consistent surtout dans les phénomènes que peut produire la coexistence des cysticerques dans les *viscères*, l'œil, les centres nerveux, et dans l'existence très ordinaire du *tænia solium* dans le tube digestif. Les deux ordres de phénomènes, cutanés et viscéraux s'éclairent et se confirment les uns par les autres.

L'étude des *coïncidences pathologiques* devra toujours être faite : vésicule sublinguale, malgré sa très grande rareté chez l'homme ; examen ophtalmoscopique ; recherche des fragments et, à défaut, des œufs de tænia dans les fèces; vertiges, accès épileptiformes; céphalée, glycosurie, etc., etc.

En cas de doute, la ponction d'une tumeur donnerait le liquide témoin, clair, aqueux, non coagulable, avec les crochets, etc., et l'extirpation permettrait d'énucléer avec la spatule, après incision menée avec prudence, un kyste rond ou ovoïde, translucide ou blanchâtre, comparable à une capsule médicamenteuse contenant une substance liquide — Troisier — plein d'un liquide limpide, dans lequel est incluse la vésicule ladrique, le cysticerque de Rudolphi, avec sa tête de tænia invaginée, sa double couronne de crochets, etc.

IV. — Pronostic. — Le pronostic n'a d'importance qu'en raison des coïncidences pathologiques toujours à redouter et redoutables, car elles peuvent être latentes et aucune médication connue ne peut agir sur les kystes viscéraux hors d'atteinte. Abandonnée à elle-même, la ladrerie tégumentaire de l'homme aboutit à la guérison spontanée par régression, calcification, du kyste, quand le cysticerque a cessé de vivre. Toutefois nous ne saurions dire, par des documents précis, combien de temps peut, au maximum, persister *vivant* un cysticerque ladrique de la peau *de l'homme;* on peut admettre une moyenne de six à douze mois, mais c'est là une question à reprendre sur des faits.

V. — Traitement de la ladrerie tégumentaire. — On ne connaît aucun agent qui introduit dans l'économie par la voie sanguine, lymphatique, ou par le tube digestif, frappe de mort les cysticerques. A la vérité, malgré la facilité de faire des études dans cette direction sur les animaux ladriques, on ne paraît pas avoir mené très loin cette expérimentation dont l'intérêt serait grand, puisque ce serait le seul moyen d'atteindre les cysticerques des centres nerveux et des viscères splanchniques. Chez l'homme, il y a lieu de reprendre l'usage de l'arsenic, que nous introduirions par la voie cutanée jusqu'à dose tolérée, et de mettre en expérimentation la série phéniquée et salicylée : salol, acide phénique, salicylate de soude, etc., etc., et même la série mercurielle ou iodurée, dans le cas de cysticerque des centres nerveux accusé par des symptômes manifestes.

La ponction simple, l'aspiration avec une aiguille de Pravaz, l'injection iodée ou autre, etc., suffisent pour la destruction des cysticerques; la galvanopuncture, l'acupuncture électrolytique pourraient être mises

PAPULOSE FILARIENNE

Nielly a décrit la présence d'un nématode dans des éruptions papuleuses de la peau (1).

---

en action aisément. Tous ces procédés sont si simples qu'il nous paraît difficile d'accepter l'expectation pure, vivement conseillée par plusieurs auteurs en raison de la terminaison spontanée favorable que l'on peut considérer comme la règle.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(1) Quelques détails sont indispensables à donner sur ces éruptions; le lecteur les trouvera dans l'*Appendice* ci-dessous : E. B. — A. D.

APPENDICE DES TRADUCTEURS

Papulose filarienne

Ces éruptions ont été bien décrites pour la première fois, longtemps avant Nielly, par Ant. Jos. Per. da Silva Araujo — *Memoria sobre a Filariose ou a molestia produgida por uma nova especie de parasita cutaneo*, Bahia, 1875, in-8°, c. Estamp.; et la même année par J. O'Neill, On the presence of a filaria in « *Craw-Craw* » — *The Lancet*, 1875, T. I, p. 265 — sur les nègres de la côte occidentale d'Afrique.

Silva Araujo donne à la « filaire » qu'il a observée dans les vésicules le nom de *Filaria dermathemica;* il admet l'origine extrinsèque, par pénétration des œufs dans les orifices glandulaires de la peau, ou par pénétration directe du nématode. Les vésicules et les papules sont cause de prurit; le grattage les excorie, il se forme une croûtelle, et il suffit d'enlever la croûte et de « gratter le fond de l'excavation avec un canif » pour que la maladie soit guérie en ce point. Comme traitement — Voy. analyse franç. de Marcano, *Rev. des sc. méd.*, T. VIII, p. 271, — l'auteur propose de simples topiques — acide phénique, picro-carminate d'ammoniaque.

La publication de Nielly est de 1882 — *Bull. de l'Acad. de Méd.* de Paris, p. 395. — Le fait sur lequel elle repose a été observé à Brest, sur un petit berger de quatorze ans, gardeur de bestiaux, couchant dans une étable à vaches, et n'ayant jamais quitté le pays français.

Les symptômes furent les mêmes que dans la maladie décrite par Silva Araujo ; prurit et éruption papulo-vésiculeuse.

Voici la description de l'éruption telle qu'elle a été donnée par Nielly :

Membres supérieurs : A gauche, traces très discrètes, très peu marquées de papules flétries, au niveau du deltoïde. Deux papules très jeunes, au niveau

de l'olécrâne. Rien au pli du coude. Vingt-six papules, ou vésico-pustules, dans la moitié inférieure de l'avant-bras.

Sur le dos de la main gauche, l'éruption est confluente ; les papules et vésico-pustules sont réunies en un seul groupe sur les téguments qui recouvrent les 3e, 4e, 5e métacarpiens ; presque toutes sont à l'état de vésico-pustules acuminées, au sommet desquelles on distingue très nettement, à l'œil nu et encore mieux à la loupe, un petit point blanc jaunâtre; très fin. C'est là la mine des nématoïdes que porte l'enfant.

Rien dans les organes interdigitaux. Groupe papuleux sur les téguments de la première phalange de l'annulaire gauche, face dorsale. Une seule papule sur la même région du médius. Groupe flétri, squameux, sur la même région de l'index. Rien absolument sur la face palmaire de la main, qui est d'ailleurs très calleuse.

Le membre supérieur droit est beaucoup moins atteint. Rien au bras. Rien au pli du coude. Trois papules sur la face antérieure de l'avant-bras. Une vésiculo-pustule sur le bord cubital du métacarpe. Groupe de six papules confluentes sur la face dorsale de la première phalange de l'index. Rien dans les intervalles des doigts.

Tronc : Deux groupes flétris ; l'un dans la fosse sus-épineuse gauche, l'autre dans la fosse sous-épineuse droite. Un groupe flétri sur la région lombaire droite. Quatre papules sur l'abdomen. Rien à la face antérieure du thorax.

Membres inférieurs : Éruption papuleuse et vésico-pustuleuse, très confluente, occupant les deux régions fessières, crurales antérieures postérieures, internes externes. La face antérieure de la cuisse droite est beaucoup plus atteinte que la gauche. A partir du genou et inclusivement, il n'y a pas une papule, pas une vésiculo-pustule.

Voici maintenant la description du ver, donnée également par Nielly, *loc. cit.*, p. 397.

On trouve, en peu d'instants, avec un grossissement faible, le ver entouré de leucocytes.

On l'étudie très bien de 500 à 570 diamètres.

Si on l'examine sans l'intervention d'aucun liquide, il y a dans la préparation des réfringences un peu gênantes. Mais si on ajoute une goutte de solution picrique, l'animal révèle tous ses caractères.

Ver incolore, transparent, à mouvements flexueux, ondulés, un peu lents, brusques et comme contractés par moments, mesurant $0^{mm},333$ en longueur et $0^{mm},013$ en largeur, à sa partie moyenne.

A double contour extérieur et à striation transversale, très fixe et très nette.

Très faiblement atténué à partir de l'union du 5e avec le 6e antérieur du corps jusqu'à l'extrémité antérieure ou buccale, l'atténuation postérieure est plus prononcée ; elle commence un peu au delà de la partie moyenne, vers la vésicule qui représente l'utérus ; l'extrémité caudale, médiocrement effilée, termine cette atténuation, sans resserrement appréciable sur le ver intact ; mais, sur le ver vidé, il nous a paru que la queue se rétrécissait rapidement au delà d'un point répondant à l'orifice anal.

a. Extrémité buccale coupée un peu carrément. Orifice buccal étroit, comme flanqué de deux lèvres (?) ou entouré d'un anneau.

b. Pharynx très net : deux petits points noirs au niveau de son union avec l'œsophage (c'est une ombre de creusement).

c. Œsophage d'abord étroit, puis renflé à sa partie moyenne.

d. Renflement stomacal avec un petit appareil triangulaire, à pointe dirigée vers l'intestin. Toute la portion œsophagienne paraît entourée d'un parenchyme clair, et, vers le renflement œsophagien, de chaque côté, on distingue deux petits corpuscules ovalaires.

e. Intestin, droit, très net, très égal, flanqué de granulations glandulaires, sombres, disposées par paires assez régulières de chaque côté.

f. Anus s'ouvrant vers l'union du 6e avec le 7e postérieur du corps (?).

g. Un peu au delà de la partie moyenne, vésicule ovale, renfermant de petites cellules rondes, pourvues d'une nucléose : c'est l'utérus.

Ce sont donc des *filairoïdes*, anguillules, ou anguillulides, appartenant à la série variée, et très difficile à déterminer, des nématoïdes embryonnaires que l'on peut rencontrer dans la peau, même chez les animaux domestiques d'Europe. La profession du malade de Nielly, qui gardait les bestiaux dans les étables, rend très vraisemblable l'origine accidentelle et extrinsèque de cette pseudofilariose, bénigne, et tout à fait localisée, au moins d'après les faits connus.

Ces éruptions superficielles, sus-dermiques, bénignes, ne doivent pas, à notre sens, être confondues avec les lésions de la filariose proprement dite, qui sont hypodermiques, et cela alors même qu'on les rencontrerait, comme cela a lieu dans les pays où la filariose est commune, chez des individus atteints des diverses manifestations de cette affection, chylurie, lymphscrotum, etc.

En Europe, c'est surtout avec la gale, la dysidrose, et diverses lésions artificielles papulo-vésiculeuses, que les éruptions dues aux filairoïdes pourraient être confondues. Dans les pays exotiques, elles ont été certainement prises pour la gale par quelques observateurs, et confondues avec diverses autres affections variées.

Au demeurant, avant de discuter toutes ces questions, un double supplément d'information est nécessaire, à la fois pour obtenir une notion plus précise sur l'histoire naturelle des parasites filairoïdes, et pour recueillir des observations nouvelles, basées sur des notions dermatologiques exactes.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

LE LEPTE AUTOMNAL (DIE ERNTEMILBE)

Le lepte d'automne (1) est un petit insecte à six pattes, qui se voit facilement à l'œil nu; sa coloration varie du rouge au rouge jaunâtre (fig. 78); suivant Schmarda, c'est la larve (encore sans sexe distinct) du thrombidium automnal (2). On le trouve pendant l'automne sur beaucoup de buissons (groseilliers à maquereau et de plantes herbacées; il s'introduit accidentellement dans la peau de l'homme, mais il y meurt dans l'espace de peu de jours. Il occasionne une vive sensation de brûlure et de démangeaison, des plaques d'urticaire et des papules au centre desquelles on l'aperçoit comme un petit point rouge et on peut l'extraire avec une aiguille (3). Le prurit, qui disparaît spontanément après la mort de l'animal, est calmé au moyen d'applications froides ou de lotions alcooliques. Mais le procédé suivant est encore préférable, car en même temps il fait périr l'animal : il consiste à faire des frictions



Fig. 78.
Lepte automnal (Küchenmeister).

---

(1) Le lepte d'automne — aoutat, aouti (bête d'août, bête d'automne), puceron rouge, rouget, vendangeur, etc. — pullule dans le centre et dans l'ouest de la France. E. B. — A. D.

(2) Larve sexapode du *thrombidium* (thrombidion soyeux, Mégnin). E. B. — A. D.

(3) Le rouget attaque plus particulièrement les membres inférieurs, mais il peut se rencontrer sur tous les points, même sur le cuir chevelu; d'après Gruby et Mégnin, il implante le rostre dans les orifices sébacés et sudoripares, s'insérant fortement; le corps reste en dehors sous forme d'un petit point rouge orangé.

L'action produite varie extrêmement selon les sujets; pour tous, le prurit est vif, plus ou moins irritant ou douloureux, et déterminant un grattage excessif, auquel sont dues la plupart des altérations secondaires : papules excoriées, plaques eczématoïdes, etc. Dans quelques cas exceptionnels, ou chez des sujets prédisposés, l'action simultanée d'un grand nombre de leptes peut déterminer des érythèmes plus ou moins intenses (érythème automnal, Gruby), des éruptions généralisées d'urticaire papuleuse, parfois même des éruptions vésiculeuses (eczéma aigu probablement), avec phénomènes généraux éphémères, mais intenses.

D'après Mégnin — *loc. cit.* — diverses éruptions, désignées sous le nom de *fièvre de grain*, etc., pourraient être produites chez des hommes manipulant des blés, en grain ou en gerbe, infestés de rougets, alors

avec de l'huile grasse additionnée d'un peu d'huile éthérée (baume du Pérou et d'huile d'olive) (1).

Il y a encore d'autres insectes de plantes herbacées et de graminées qui pénètrent accidentellement dans la peau de l'homme et déterminent une éruption passagère, parfois très intense, d'urticaire et d'eczéma papuleux, comme Geber et après lui Irsai en ont communiqué des cas provoqués par l'insecte de l'orge (acarus hordei, Kritoptes monunguiculosus, Geber) (2).

---

même que ceux-ci auraient été transportés loin de leur point d'origine. Il y a là un souvenir à conserver pour l'utiliser au besoin dans l'interprétation de certaines éruptions de cause ignorée.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Une solution phéniquée légère (1 p. 100) constitue un bon moyen curatif et préventif. La benzine (Mégnin) arrive au même résultat, et probablement tous les succédanés ou analogues. Les lotions et les bains acidulés — eau vinaigrée ordinaire — suivis d'application de poudre d'amidon, de s.-n. de bismuth ou d'oxyde de zinc, complètent la cure.

E. B. — A. D.

(2) Parmi les éruptions de cause souvent inaperçue, il faut placer une affection prurigineuse ressemblant à certaines formes de l'eczéma papuleux acarien vulgaire, et qui acquiert parfois assez d'intensité pour amener les malades à l'hôpital. On l'observe surtout sur le dos des mains et les avant-bras dans la partie découverte pendant le travail; mais elle peut exister aussi sur toutes les parties exposées, et même sur la généralité du tronc. On l'observe principalement chez les garçons ou filles de basse-cour, à la campagne, et, dans les villes, chez les personnes employées à manier ou à plumer des volailles. Cette éruption serait plus souvent reconnue si la cause particulière en était généralement connue. Nous en avons souvent montré des exemples dans nos cliniques. Cette affection répond à celle qui a été décrite par MÉGNIN — *loc. cit.* — sous le nom de prurigo dermanyssique (*dermanyssus gallinæ*), du nom d'une espèce d'acariens propre aux poulaillers et aux pigeonniers. Mais ces acariens des animaux, pas plus que les autres, ne persistent chez l'homme, et ils n'y causent que des lésions éphémères.

Ces éruptions peuvent, en se répandant autour d'un poulailler, ou d'un lot de volailles infesté, constituer des sortes de petites épidémies éruptives. Cf. MÉGNIN — *loc. cit.* — et L. G. NEUMANN, — *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*, p. 214 et suiv.)

Il faut aussi signaler parmi les éruptions prurigineuses causées par des acariens, celles qui sont dues à la *Sphœrogina ventricosa* de NEWPORT, *Physogaster larvarum* de LICHTENSTEIN, parasite destructeur des larves de la teigne des céréales; ces éruptions sont éphémères et bénignes, faciles à guérir par les moyens les plus simples, mais très pénibles par le prurit qu'elles produisent.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

TIQUE COMMUNE (GEMEINE HOLZBOCK, IXODES RICINUS)

La tique commune se trouve habituellement dans les bois de pins; elle a une forme ovale, rouge sang, jaunâtre. La femelle, qui a 1 mill. 05 de long s'attache dans la peau qu'elle suce, et par le sang qu'elle absorbe ainsi enfle au point de former une bulle de la grosseur d'une fève ; dans cet état, elle reste souvent suspendue plusieurs jours au même point. Si l'on arrache l'animal, la tête reste facilement dans la plaie ; dans ce cas, l'inflammation persiste plus longtemps. Par conséquent, il est préférable de chercher à faire lâcher prise volontairement à l'animal, ce à quoi on réussit par des applications d'huile éthérée (1).

Dans d'autres pays il existe différentes espèces d'ixodes indigènes, l'*ixodes marginatus*, l'*ixodes americanus*, l'*ixodes humanus*, lesquels sous le nom de « *carabatos* » font le tourment des hommes (Schmarda); ces insectes attaquent de la même manière soit des peuplades isolées, soit comme l'*aragas persicus*, des populations entières (2).

Je vous signalerai encore certaines espèces d'œstre, entre autres celle

---

(1) L'ixode, tique ou pou de bois, « enfonce son rostre dans la peau comme on enfonce un trocart, les petits crochets récurrents qui garnissent le dard maxillo-labial et l'extrémité des mandibules l'empêchent de sortir du point où il a pénétré, et il est engagé d'une manière tellement solide, que, si on cherche à l'en détacher violemment, ce rostre se rompt et reste dans la plaie. Lorsque l'acarien enfonce son rostre, on ne le sent pas, et on ne s'aperçoit de sa présence que quand il a pris les dimensions, la forme, et jusqu'à la couleur ardoisée d'une graine de ricin; il ressemble à une petite tumeur étroitement pédiculée, et on éprouve alors de violentes douleurs si on la tiraille et si on cherche à l'enlever de force. Pour faire tomber l'acarien, il faut le toucher avec une goutte d'essence de térébenthine ou de benzine; il retire alors son bec tout seul et tombe ». (MÉGNIN, *loc. cit.*, p. 321).

E. B. — A. D.

(2) Voyez pour les ixodoïdes connus sous le nom d'Argas — *Argas de Perse* (punaise de Miano) et *Argas de Tholozan* (punaise du mouton ou *Kéné*) tous les deux redoutables à l'homme « fléau pour les voyageurs », LABOULBÈNE et MÉGNIN, Mém. s. les Argas de Perse — *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.* 1882, p. 317; G. NEUMANN — *loc. sup. cit.;* J. D. THOLOZAN — *Des phénomènes morbides produits par la piqûre de parasites voisins des ixodes ou tiques, les argas de Perse*, Paris, 1882. L'auteur attribue aux piqûres des *Argas* non seulement des phénomènes locaux, mais encore des *accidents généraux graves*, typhoïdes, cholériformes, etc., qui peuvent être mortels à bref délai; il déclare — page 22 — que « le nombre de ces accidents est très grand chez les Persans et les Européens ».

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

qui a été désignée par A. de Humboldt sous le nom d'œstre de l'homme; ces insectes déposent quelquefois par une piqûre leurs œufs dans la peau humaine et occasionnent ainsi un abcès douloureux d'où sortiront plus tard des larves développées.

Tous ces insectes et d'autres semblables comme les larves de diptères observées dans la peau humaine à plusieurs reprises pendant ces dernières années (Fischer, John Young, M. Calman, Whittacker et W. G. Schmith), ou les larves de puces trouvées par Bergh dans les squames épidermiques d'une femme, squames que lui avait envoyées le Dr Castenschjold, ne jouent là le rôle de parasites vrais du corps humain que d'une manière accidentelle.

ÉPIZOAIRES ET MALADIES DE LA PEAU OCCASIONNÉES PAR CES PARASITES. ÉPIZOONOSES

Poux, pediculi.

Les poux forment la première famille (*Pediculida*) du premier sous-ordre (*Parasites*) du premier ordre (*Rhynchota*) des insectes sans métamorphoses (Schmarda). Ce sont des insectes aptères, parasites, sans métamorphoses, avec deux petits yeux simples et une bouche pouvant mordre et sucer. D'après les recherches de Schmarda, de Wedl, mais surtout d'Erichsohn, de G. Simon et de Landois, on doit admettre que les poux mordent d'abord la peau avec leurs mandibules, et enfoncent ensuite dans la plaie leur rostre pour sucer. La famille des poux comprend trois espèces qui infestent le corps de l'homme :

a. Le pou de tête, *pediculus capitis.*

b. Le pou de corps, *pediculus humani corporis,* ou *P. vestimenti.*

c. Le pou du pubis, *phthirius inguinalis,* ou *P. pubis.*

Une quatrième espèce de poux, *pediculus tabescentium*, admise par Alt (1824), n'existe pas.

Depuis Swammerdam, on sait que les poux sont de sexe distinct, et qu'ils pondent des œufs, ce qui constitue leur mode de développement. D'après cela, il est superflu de revenir sur cette opinion, qui avait pu se maintenir du moins en partie depuis Aristote jusqu'à nos jours, et d'après laquelle les poux survenant sur l'homme proviennent des humeurs corrompues du corps, s'échappent de tumeurs fermées, constituant par leur développement considérable la phthiriase, qui devait être considérée comme une dyscrasie, à laquelle plusieurs hommes illustres, Sylla, Hérode, Philippe II, etc., auraient, disait-on, succombé misérablement. Il est incontestable que dans les faits « historiques » de

phthiriase, il ne s'agit pas de larves de mouches provenant des plaies, mais en réalité de poux ; seulement ceux-ci ne pouvaient venir que de l'extérieur : aussi doit-on dire que, dans le sens traditionnel, il n'y a pas de phthiriase.

Il n'existe pas davantage de maladie pédiculaire prurigineuse spéciale que l'on puisse désigner sous le nom de *acariasis knesmus* (Fuchs) ou de prurigo pédiculaire des auteurs. L'action des poux sur la peau est absolument la même que celle de tous les autres épizoaires : d'abord blessures au point de la piqûre, hémorrhagie locale et sécrétion séreuse, formation consécutive de croûtes, et comme conséquence de la succion du pou, hémorrhagie ou élevure analogue à une plaque d'urticaire autour de la morsure. Il se produit ensuite du prurit et du grattage à la suite desquels il survient, non seulement sur les points piqués, mais encore sur d'autres régions du corps, des excoriations, des phénomènes eczémateux sous forme de papules, d'urticaire, de vésicules, de pustules, de croûtes, de furoncles, d'abcès, et enfin de pigmentations, de telle sorte que l'ensemble des symptômes consécutifs à la présence des poux, et que l'on pourrait désigner sous le nom de pédiculose, se manifeste essentiellement par des excoriations ou de l'eczéma provoqué par des poux (de tête, des vêtements ou du pubis).

Ce n'est que sous le rapport des formes extérieures, c'est-à-dire quant à la localisation, à l'intensité et au nombre, que s'observent, sous des aspects différents, des modifications qui constituent un tableau morbide spécial, suivant chaque espèce de poux, suivant leur nombre et la durée de leur séjour. Sous ce rapport, il est important de se rappeler que les trois variétés de poux que j'ai nommées restent chacune dans des régions absolument distinctes. Car les poux de tête ne dépassent jamais le cuir chevelu (1); les poux de vêtements n'habitent dans aucun cas sur la peau, mais toujours dans les plis des habillements et dans les parties les plus rapprochées du tégument, principalement dans les points où les vêtements sont très étroitement appliqués au corps, à la nuque et aux reins. Quant aux poux du pubis, ils séjournent particulièrement dans les poils des parties génitales. Par conséquent aussi les excoriations et les phénomènes eczémateux occasionnés par ces animaux sont limités à la région occupée par chaque espèce de poux. En outre, la plus grosse variété de poux, le pou des vêtements, provoque

(1) Cela n'est pas tout à fait absolu : chez les vieillards à longue chevelure et à longue barbe, les poux de tête émigrent très manifestement dans la barbe, et y élisent domicile comme dans la chevelure. Cependant cela est exceptionnel et n'infirme pas la règle.

E. B. — A. D.

également la plus forte lésion locale, par conséquent des excoriations profondes.

POU DE TÊTE

Le pou de tête, *pediculus capitis*, est de couleur grise, de 2 mill. de longueur, la tête et les pattes sont plus épaisses, le thorax plus large que chez le pou des vêtements. Sur le bord, de chaque côté, il y a six stigmates des trachées liées les unes aux autres à la partie postérieure du corps par un arc. Le thorax est étroit, la partie postérieure du corps plus large, avec sept segments entaillés sur le bord et noirâtres, six pattes avec un crochet au dernier article tarsal, vers la partie interne deux pointes courtes et une soie. Les mâles sont moins nombreux que les femelles, le dernier cercle abdominal est prédominant; on voit sur le dos des aspérités et une ouverture qu'on peut considérer comme l'anus et le pore génital, avec un pénis conoïde et deux paires de testicules. Les femelles sont plus nombreuses, elles présentent au dernier anneau abdominal une dépression profonde dans laquelle s'ouvrent l'orifice anal, deux ovaires, et dont les oviductes débouchent dans un vagin. L'ouverture vaginale est sur l'abdomen. L'accouplement ne peut avoir lieu que si la femelle est accroupie sur le mâle.

Les œufs (lentes) sont réunis, quelquefois ils sont placés par séries continues et collés sur une charpente de chitine qui entoure le cheveu comme une gaine (fig. 80 *aa*); comme le pou rampe de bas en haut le long du cheveu, il en résulte que l'œuf situé à la partie inférieure de la série est le plus ancien et se développe le premier (fig. 80[1]). Les jeunes éclosent au bout de trois à huit jours, et ont pris toute leur croissance après dix-huit à vingt et un jours. Une femelle mère peut, dans l'espace de six jours, pondre 50 œufs et avoir, en huit semaines, 5,000 rejetons.

Les phénomènes morbides occasionnés par les poux de tête, — pédiculose du cuir chevelu, — sont les mêmes que ceux de l'eczéma artificiel, avec ses suites et avec ses complications locales.

Les symptômes sont plus développés chez les femmes, dans la chevelure desquelles les poux trouvent un abri bien approprié pour leur existence et leur multiplication illimitée. La pédiculose se révèle par la présence de nombreuses pustules discrètes, de bulles et d'excoriations à la nuque, à partir de la limite des cheveux jusque sur les épaules, et par des pustules isolées, parfois par des bulles analogues à du pemphigus (impétigo de la face), par des croûtes semblables à de la gomme et par des taches pigmentaires correspondant à ces bulles, ou enfin par un eczéma humide diffus de la face. Si l'on soulève les cheveux au niveau de la nuque, on voit alors les poux s'agiter et les che-

veux garnis de nombreuses lentes. Comme les poux déposent les lentes toujours près du cuir chevelu, la présence de ces lentes près de l'extrémité des cheveux indique que la pédiculose existe depuis longtemps, car c'est par la croissance des cheveux que les lentes se trouvent ainsi portées vers leur sommet.

Si l'on sépare les cheveux enchevêtrés les uns avec les autres (plique)

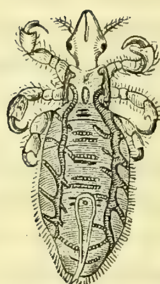


Fig. 79.

Pou de tête mâle, avec le système de trachées et les stigmates de respiration, d'après Küchenmeister.

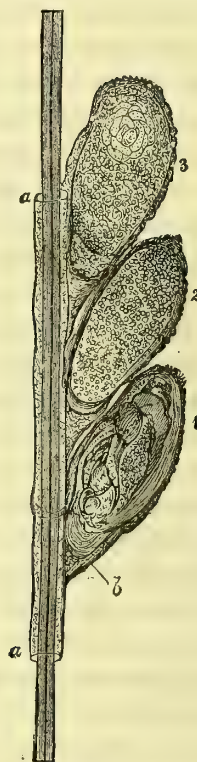


Fig. 80.

Cheveu avec des lentes de pou de tête.

et agglutinés par la matière sébacée et les sécrétions visqueuses de la peau enflammée, on découvre, principalement limitées au cuir chevelu, surtout dans des foyers circonscrits recouverts de croûtes, des portions de peau, humides, baignées de pus ou saignantes, c'est-à-dire de l'eczéma à tous les degrés. Parfois on trouve des plaques de la dimension d'une pièce de 50 centimes ou d'une pièce de 5 francs en argent, recouvertes de proliférations rouges, mamelonnées, humides et saignantes, — *achor granulatus*, *porrigo*, *teigne granulée.* L'engorgement plus ou moins considérable des ganglions correspondants, la pâleur et l'aspect languissant des sujets atteints complètent le tableau morbide.

Dans cet état, les troubles subjectifs sont : une grande sensibilité et une vive démangeaison au niveau des parties atteintes, de l'agitation nocturne et de l'insomnie.

On peut suivre le développement de la maladie dans beaucoup de cas, depuis les débuts les plus faibles jusqu'aux degrés intenses que j'ai décrits. Ainsi un enfant prend quelques poux de tête. Leur morsure et leur succion donnent lieu à de la démangeaison et à du grattage, il se produit localement un écoulement de sang et de sérum, c'est-à-dire une plaie, des croûtes, de la suppuration et une certaine sensibilité. Dans la crainte de provoquer de la douleur, on évite d'atteindre la croûte « *grind* », avec le peigne. Il en résulte que les poux ont là un petit terrain assuré pour s'établir, et alors leur propagation se fait de ce point, et en quelque sorte par étapes, dans les conditions les plus favorables sous tous les rapports. Tous les phénomènes eczémateux que j'ai décrits, outre la plique, sont la conséquence ultérieure, soit de la lésion directe du cuir chevelu par le parasite qui cherche sa nourriture, soit du grattage. La tuméfaction des ganglions lymphatiques est le résultat des processus inflammatoires qui ont leur siège sur le cuir chevelu, tandis que l'aspect languissant des malades tient à l'insomnie, peut-être aussi à une leucocythose provenant des ganglions hyperplasiés.

On observe la pédiculose du cuir chevelu principalement chez de jeunes sujets et chez les femmes dont la longue chevelure offre des conditions favorables pour le séjour des poux qui y sont arrivés accidentellement. Il est facile de comprendre que l'absence des soins de toilette, notamment en ce qui concerne la chevelure, favorise la pédiculose de la tête ; aussi l'observe-t-on non seulement chez les domestiques et chez les personnes qui se soignent mal, mais encore chez des enfants et des femmes appartenant aux classes les plus élevées, dans le cas où elles ont été obligées de garder le lit pendant longtemps, comme les femmes en couches, qui sont dans l'impossibité d'être suffisamment peignées.

Le diagnostic de la pédiculose du cuir chevelu ne présente pas la moindre difficulté, car outre l'eczéma caractéristique et localisé, la présence des poux et des lentes indique assez clairement à quel état on a affaire. Et cependant, si incroyable que cela puisse paraître, beaucoup de médecins méconnaissent souvent cette maladie. On traite alors les malades pendant des mois et des années pour un eczéma, ou pour un engorgement ganglionnaire, et, eu égard à la pâleur que donne une « scrofulose », on prodigue les remèdes internes, tandis qu'il suffirait de soulever les cheveux pour porter à l'instant le diagnostic de pédiculose, et pour faire disparaître la maladie immédiatement en la traitant par les topiques appropriés.

Le traitement de la pédiculose du cuir chevelu implique tout d'abord la destruction des poux et des lentes et ensuite la guérison de l'eczéma.

Pour remplir la première indication, on employait autrefois et on emploie encore aujourd'hui dans le peuple des pommades mercurielles, des infusions, des décoctions, des pommades de cévadille, de staphysaigre, des huiles éthérées et beaucoup d'autres substances analogues. Mais dans ces dernières années on a eu recours de préférence au pétrole, qui, pour prévenir le danger du feu, doit être employé sous la forme suivante :

Pétrole du commerce	100 grammes.
Huile d'olive.	50 —
Baume du Pérou.	20 —

On verse ce mélange en grande quantité sur la chevelure, on frictionne, ou (dans le cas d'eczéma léger) avec de l'huile contenant 5 0/0 de naphtol, puis on enveloppe la tête avec de la flanelle. Au bout de vingt-quatre heures, tous les poux sont détruits et les œufs ne peuvent plus se développer. On fait alors laver la tête avec de l'alcool de savon ; les croûtes de l'eczéma étant ainsi ramollies, le cuir chevelu apparaît dans un état satisfaisant. On peut alors démêler et peigner les cheveux, opération qui détermine la chute de tous ceux qui avaient perdu leur adhérence (1). Chez les femmes, on serait inexcusable de couper les cheveux courts pour arriver à ce résultat; cette pratique n'est pas nécessaire, et elle pourrait être préjudiciable aux malades, à divers titres d'une autre nature (2).

---

(1) Nous repoussons l'usage du pétrole toujours dangereux, même dans les mélanges. Dans un bon nombre de cas, les *poudres insecticides*, projetées dans la chevelure par le procédé du soufflet, suffisent pour obtenir la destruction immédiate des poux de toute espèce. Voy. P. Aubert, Un point d'hygiène scolaire; les poux, les écoles — *Lyon médical*, 1879, T. XXVII, p. 318.

Les *pulvérisations* et les *douches* locales, 10 pour 1000 d'acide acétique, et 1 pour 1000 de bichlorure — constituent un excelleut moyen; on peut, sous la douche, démêler et peigner au peigne fin, et en peu de séances. ou même en une seule, faire un nettoyage complet, lequel est très aisé à exécuter dans les policliniques.

Ernest Besnier. — A. Doyon.

(2) Les cheveux ne doivent être sacrifiés inutilement dans aucune circonstance, et il n'est pas douteux que l'on peut toujours arriver à guérir la pédiculose du cuir chevelu et les lésions qu'elle a déterminées, sans revenir à une mesure radicale. Mais, chez les enfants et les jeunes sujets ainsi que chez les hommes, quand les lésions produites sont considérables, il y a tout avantage à couper les cheveux; on obtient alors dans un délai fort court une délivrance complète et facile.

E. B. — A. D.

Le traitement ultérieur est le même que dans tout eczéma du cuir chevelu : chaque jour, onctions huileuses et lavages, ou pommades correspondantes (Tome I, p. 708) jusqu'à guérison de toutes les parties malades. Immédiatement après la destruction des parasites, le sommeil redevient calme, en même temps l'engorgement ganglionnaire diminue et l'aspect du malade s'améliore.

Il est assez difficile d'enlever les lentes, non pas les œufs déjà détruits et desséchés, mais leur charpente de chitine qui adhère aux cheveux sous forme de petites granulations brunes, brillantes, et qui fait encore paraître l'individu « pouilleux » « *lausig* », bien que, en réalité, il n'en soit plus ainsi. Cette charpente, qui entoure le cheveu comme une gaine (fig. 80 *aa*), ne saurait être ni dissoute, ni enlevée par fragments il faut la détacher tout ensemble, en détruisant les adhérences avec de l'acide acétique dilué; ensuite, à l'aide d'un peigne fin, on la fait glisser le long du cheveu. Le succès des infirmières expérimentées tient à ce qu'elles trempent leur peigne dans du vinaigre, et qu'elles emploient avec soin le peigne fin, entre les dents rapprochées duquel chaque cheveu, passant isolément, se trouve débarrassé des lentes.

POU DES VÊTEMENTS

Le pou des vètements, *pediculus vestimenti*, *P. humanus*, *Zeug-oder Leiblaus*, se distingue du pou de tête par sa grosseur plus considérable, par sa plus grande agilité et par des différences peu importantes de ses caractères anatomiques.

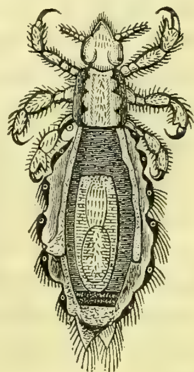


Fig. 81.
Pou des vêtements, femelle (Küchenmeister).

Il habite exclusivement le linge de corps et les parties des vêtements qui se trouvent en contact avec la peau, c'est dans leurs plis qu'il dépose ses œufs sous forme de chapelet.

On ne le trouve pas sur le cuir chevelu, mais sur le tronc qui est le terrain spécial pour sa subsistance, toutefois il n'y séjourne que le temps nécessaire pour se nourrir. Si un individu atteint de nombreux poux des vêtements se déshabille rapidement, on peut surprendre un ou plusieurs poux sur la peau au moment où ils se livrent à la succion, la chute des vêtements ne leur ayant pas permis de fuir assez à temps. Mais ils commencent aussitôt à courir rapidement çà et là pour gagner un abri. Ces poux n'habitent pas sur la peau et encore moins dans la peau. Si un individu affecté depuis plusieurs mois de poux des vêtements a pris

du linge et des habits propres, on ne trouve sur lui absolument aucun parasite, quoiqu'il qu'il présente tous les signes de la pédiculose du corps.

PÉDICULOSE DU CORPS

Les lésions de la pédiculose du corps consistent essentiellement en excoriations ; elles sont très caractéristiques et se montrent en rapport exact avec le genre de vie, et le séjour plus ou moins long des poux des vêtements.

Ces parasites, en effet, séjournant dans le voisinage le plus immédiat de la peau, pour pouvoir l'atteindre et la quitter rapidement, occupent surtout les plis des vêtements serrés au corps; c'est, en conséquence, principalement à la nuque dans la partie correspondante à ces plis, sur les reins, à la taille, aux poignets, aux régions fessières et sur la face externe des cuisses, que les lésions produites par les poux seront particulièrement rencontrées.

Les poux de corps attaquent directement la peau avec leurs fortes mandibules, ils y déterminent une plaie superficielle, et, par leur succion énergique, produisent autour de la morsure une grosse plaque d'urticaire. La vive démangeaison provoquée par ces lésions entraîne des grattages énergiques à l'aide des ongles, qui pénètrent plus profondément au niveau des points lésés que sur un point de la peau saine et donnent un caractère spécial aux excoriations produites. Celles-ci se montrent sous la forme de traînées sanguinolentes, de plusieurs centimètres de longueur, en même temps larges et profondes, dont le centre correspondant à la piqûre est le siège d'une plaque excoriée encore plus profonde et plus large, ayant une étendue supérieure à celle d'une lentille. Au bout de peu de jours, les extrémités de ces excoriations guérissent; plus tard leur partie centrale guérit à son tour. Mais une pigmentation foncée reste encore visible pendant deux à trois semaines après la disparition des excoriations, les traînées paraissent d'un blanc anormal, le centre a même souvent un aspect cicatriciel.

S'il n'y a qu'un petit nombre de poux et s'ils surviennent pour la première fois sur un individu, on trouve immédiatement de récentes excoriations présentant les caractères que je viens de décrire, le plus souvent à la nuque et dans la région sacrée. Mais, s'il existe en outre des traînées pigmentaires ou même des stries blanches dans les régions que j'ai indiquées, on peut en conclure qu'il a eu, à plusieurs reprises, des poux dans l'espace de quelques semaines, c'est un *pédiculeux d'ha-*

bitude. La première forme (dans laquelle on trouve souvent, en même temps, une éruption générale aiguë de papules eczémateuses miliaires, — *miliaire rouge*) s'observe chez les ouvriers, qui, durant un voyage, couchent pendant plusieurs nuits sur la paille, chez des personnes qui ont fait un court séjour dans des quartiers populeux, dans des salles de police, ou encore chez les sujets, même les plus soigneux de leur tenue, ayant passé un temps plus ou moins long en voiture publique.

Dans la pédiculose habituelle de personnes atteintes de poux des vêtements, qui, pendant toute l'année, à de courtes interruptions près, séjournent à l'hôpital, on voit s'aggraver considérablement les symptômes que j'ai décrits. Les excoriations sont plus nombreuses, plus profondes, compliquées d'inflammation, de suppuration, de croûtes ; elles s'accompagnent de pustules et de croûtes rupioïdes, de lymphangite, de dermatite diffuse et de fièvre, de furoncles volumineux et indolents, d'abcès, d'anthrax avec gangrène de la peau. Ces lésions sont disséminées partout; cependant elles sont surtout confluentes sur les épaules, à la nuque et aux reins. Il peut en résulter des trajets fistuleux entre les divers abcès, des ulcères à bords rongés et soulevés, et des granulations à excroissances verruqueuses; cet ensemble de symptômes persiste souvent pendant plusieurs mois après que les malades ont quitté leurs vêtements infestés de poux (1).

Le tableau morbide que je viens de décrire est complété par la pigmentation de la peau, qui arrive jusqu'au brun foncé intense, brun gris, et atteint même une coloration noir bleu. Cette pigmentation s'étend dans quelques cas à la nuque et principalement aux reins, mais dans une pédiculose de longue durée elle envahit presque toute la surface cutanée (2).

Beaucoup de ces individus menant une vie errante, ayant une alimentation défectueuse, se livrant à la boisson, ou bien étant atteints de malaria, ont en même temps le teint bruni par le séjour dans des baraquements ou en plein air, ce qui leur donne l'aspect que l'on attribue à la

---

(1) C'est bien rarement, pour ne pas dire jamais, que les lésions pédiculaires sont rencontrées dans nos hôpitaux, arrivées à ce point extrême.
E. B. — A. D.

(2) La mélanodermie, à un degré quelconque, appartient à tous les cas de prurit chronique, de prurit parasitaire particulièrement ; chez les sujets cachectiques, cette mélanodermie, qu'elle soit localisée ou généralisée, atteint ses plus grandes proportions : Voy. PAUL FABRE (de Commentry) — *Des Mélanodermies, et en particulier d'une Mélanodermie parasitaire*. Paris, 1875; et *Du rôle des parasites dans la pigmentation cutanée, à propos d'une observation de mélanodermie phthiriasique*. Paris, 1879. E. B. — A. D.

maladie d'Addison; et il est probable que dans le cadre de cette affection figurent plusieurs cas de pédiculose intense.

La marche de la maladie dépend donc complètement et uniquement de la présence des poux. Si l'on en délivre le malade, en le dépouillant de ses vêtements et le transportant dans un lieu indemne, les excoriations, les abcès, les furoncles guérissent d'après le schéma général, bien que (on en a cité des exemples) les derniers puissent récidiver encore pendant longtemps.

La pigmentation disparaît aussi tout à fait dans l'espace de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Il n'existe absolument pas de cachexie provenant de la pédiculose, et si quelques pédiculeux paraissent cachectiques, ou meurent dans cet état, cela tient au genre de vie précaire indiqué ci-dessus, lequel a depuis longtemps altéré leur santé.

Le diagnostic de la pédiculose n'est pas toujours facile, car dès que les malades ont quitté les vêtements qui contenaient des poux, le corps du délit, c'est-à dire le parasite, fait défaut. Il faut donc s'en tenir au siège caractéristique des excoriations et de la pigmentation précédemment décrites, pour la distinguer du prurit cutané et de l'urticaire chronique, dans lesquels les traces de grattage sont disséminées d'une manière irrégulière sur tout le corps. Chez les personnes qui changent chaque jour de linge et présentent cependant des symptômes de pédiculose, j'ai souvent été à même de démontrer le corps du délit dans la couture d'une camisole de laine portée d'une manière continue ou d'une ceinture de flanelle entourant l'abdomen.

Le traitement de la pédiculose du corps consiste avant tout dans le changement de linge et des vêtements. A notre hôpital, pour détruire les poux et les lentes, on place les habillements dans un récipient en cuivre à double cylindre, qui ferme hermétiquement, et dont l'intérieur est chauffé par de la vapeur à 75 ou 80 degrés (1). Les affections légères de la peau que j'ai décrites guérissent spontanément; celles dont l'inflammation et la suppuration sont plus intenses sont traitées rapidement avec succès d'après les règles générales, par des enveloppements humides, des pommades, des emplâtres, etc.

(1) Malgré la netteté du principe, beaucoup de médecins croient encore devoir employer, dans la pédiculose du corps, les bains de sublimé, les fumigations cinabrées, etc. Une seule chose est à faire avant tout, soustraire l'individu aux atteintes des poux, et pour cela *désinfecter à l'étuve*, *par les procédés aujourd'hui vulgaires*, tous les vêtements, objets de literie, etc., qui peuvent recéler les poux ou leurs lentes. Quant aux lésions de la peau, elles ne réclament que des soins généraux selon leur nature et leur intensité, à la manière de toutes les altérations secondaires et sordides du tégument. E. B. — A. D.

POU DU PUBIS

Le pou du pubis, *phthirius inguinalis*, *pediculus pubis*, *morpion*, a une tête en forme de violon et un thorax large. Il vit sur les parties pileuses du corps, à l'exception du cuir chevelu, principalement et en plus grand nombre dans la région génitale; on le trouve aussi sur les poils de la poitrine, du creux axillaire, des membres, de la moustache, des autres parties de la barbe et des cils, qui peuvent être envahis par les lentes dans toute leur longueur. Le pou du pubis s'introduit profondément, et reste immobile, la tête enfoncée dans un follicule, la partie postérieure du corps dirigée en haut et étreignant, avec les pattes antérieures, le poil à son point d'émergence, en sorte que pour l'arracher il faut le saisir par derrière avec la pince et le retirer en le faisant glisser le long du poil. Toutefois, quand les parasites du pubis sont en grand nombre, on peut en voir quelques-uns se détacher et tomber au moment où le sujet quitte ses vêtements. En raison de son immobilité et de la couleur pâle du phthirius, on ne le reconnaît que par un examen attentif et à un bon éclairage. Le prurit causé par le pou du pubis est très désagréable (1); il s'accompagne d'eczéma à petites papules.

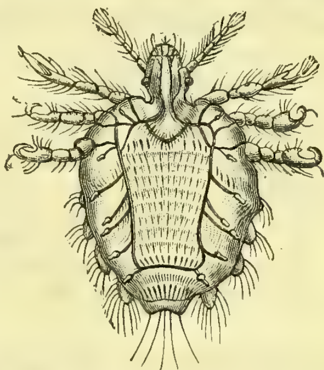


Fig. 82.
Pou du pubis.
(Schmarda)

En outre, on trouve parfois sur le tronc et sur la face interne des cuisses des taches bleuâtres, discoïdes, de la dimension d'une lentille et un peu plus grandes — taches bleues, *maculæ cærulæ* — sur lesquelles Moursou a le premier appelé l'attention (1877), et que l'on devrait considérer, d'après les recherches de Duguet, et surtout celles de Mallet, comme de l'érythème toxique, provenant de la sécrétion des glandes salivaires qui se trouvent dans la partie médiane du thorax du pou du pubis (2).

---

(1) Il n'est pas rare de voir des sujets atteints de phthirius inguinal, même à un haut degré, *qui n'ont aucun prurit*, et chez lesquels on découvre les poux en les examinant pour un autre objet. Le prurit n'est, dans aucun cas, *précoce* comme dans la gale; il s'installe progressif, mais avec une certaine lenteur. E. B. — A. D.

(2). I. — Les *taches bleues*, *ombrées*, *macules cyaniques*, les *taches phthiriaques*, etc., etc., considérées naguère comme les analogues des

Au nombre des divers moyens conseillés pour détruire le phthirius, les plus usités consistent en frictions faites deux fois par jour sur toutes

---

taches typhoïdes, et rapportées à diverses affections fébriles, ont été rattachées par plusieurs médecins de la marine française, exclusivement à l'action des poux du pubis : Voy. J. Moursou, Nouvelles recherches sur l'origine des taches ombrées — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, T. IX, 1878, p. 198. Cf. Lettres de Guiot et Moursou — *eod. loc.*, p. 325, 326.

Voici les conclusions du mémoire de Moursou :

« I. Chaque fois que j'ai constaté des taches ombrées dans les fièvres synoques, dans les fièvres bilieuses, dans les embarras gastriques, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre jaune, dans les pleurésies et pneumonies, dans les diarrhées et dysentéries de Cochinchine, dans des cas de blessures et de maladies vénériennes, ou même chez des hommes bien portants, j'ai toujours trouvé des poux de pubis.

II. Lorsque l'infection parasitaire, chez des hommes valides, existait depuis une vingtaine de jours au moins, j'ai, dans la plupart des cas, constaté, avec les poux du pubis, des taches dites ombrées. »

En 1880, Duguet, Sur les taches bleues, leur production artificielle et leur valeur sémiologique — *Gaz. des Hôp.*, avril 1880 — a définitivement établi le rapport, en produisant expérimentalement les taches bleues par l'inoculation du magma obtenu par la trituration de plusieurs poux du pubis. En reproduisant, *in extenso*, le premier Mémoire de Duguet dans les *Annales de Dermatologie* — 2e série, T. I, 1880, p. 544 — nous avons donné un aperçu général, et précisé quelques points de l'historique de la question qui restaient indécis. Voy. p. complément : Duguet, Gibier de Savigny — *Soc. de Biol.*, fév. 1881 ; E. Besnier — *Ann. de Dermat.*, 2e série, T. I, 1880, p. 356; Duguet, Expér. et Rech. nouv. s. les taches bleues — *Bull. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 1882, p. 617 ; Duguet et Mallet, Phthirius inguinal et taches bleues — *eod. loc.*, août 1882 ; Ch. Mallet, Étude sur les taches bleues; histor. et rech. nouv. — *Thèse de Paris*, 1882; Joseph Frank Payne, Maculæ cœrulœ and on their symptoms produced by pedicilli pubis — *The brit. med. Journ. of Dermat.*, 1890, p. 209.

II. — Les *taches bleues phthiriaques* s'observent sur toute l'étendue du corps, mais particulièrement sur l'abdomen, le tronc, la face postérieure des bras et des aisselles, les membres inférieurs. Elles sont bleuâtres, cyaniques, *ombrées*, très légèrement *déprimées* au-dessous du niveau, ce qu'on constate à l'éclairage oblique ; quand elles sont très multipliées, elles simulent une éruption de roséole maculeuse. On ne les observe pas seulement dans les régions où se remisent les parasites, mais sur tous les points où ils émigrent. Sauf les cas où elles sont très prononcées, et où l'on examine le sujet entièrement dévêtu et à une bonne lumière, elles échappent le plus ordinairement, et même dans ces conditions les per-

les régions où il se rencontre, avec l'onguent napolitain ou avec la pommade moins salissante de :

Précipité blanc	5	grammes
Onguent émollient	30	—

ou bien avec la solution suivante :

Sublimé	1	gramme
Eau distillée	100	grammes

Mais comme les préparations mercurielles provoquent souvent un eczéma intense, je vous recommande de préférence les applications de pétrole, de naphtol, de baume du Pérou et de Tolu, d'huile de laurier, par exemple :

Naphtol	5	grammes
Huile d'olive	50	—

ou bien :

Pétrole }	àâ 15	grammes
Baume du Pérou }		
Huile de laurier	1	—

et autres semblables, en les associant en proportion convenable. On saupoudre ensuite les parties atteintes avec une poudre inerte, et on ne fait prendre un bain qu'après la disparition des irritations de la peau provoquées par le phthirius (1).

---

sonnes qui n'ont pas encore vu ces taches *regardent* le malade sans les *voir*.

Les macules cyaniques n'existent pas chez tous les sujets atteints de phthirius, mais le phthirius inguinal existe chez tous les sujets chez lesquels on constate les taches. On les trouve particulièrement chez les individus velus, qui ont un grand nombre de poux ; un état fébrile concomitant semble faciliter leur multiplication. Elles disparaissent rapidement après l'extinction du phthirius.

Le phthirius inguinal, *pou du pubis, morpion*, ne se rencontre pas également à tous les âges, ni dans toutes les classes de la société. Relativement *très rare* — sans que nous en ayons jamais trouvé la raison — dans les classes ouvrières, où la gale est très commune, il devient *très fréquent* dans la jeunesse des classes moyennes et élevées : employés de tout ordre, étudiants, etc., etc., chez tous ceux qui, par âge et par situation, s'exposent à des contacts suspects variés, le plus ordinairement sexuels. Dans toutes les classes et à tous les âges, il est rarement observé quand ces dernières conditions ne se trouvent pas réalisées.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le traitement de la phthiriase inguinale comporte trois points : *a*) *destruction du phthirius; b*) *élimination des lentes; c*) *désinfection des vêtements.*

Il est encore d'autres épizoaires qui ne séjournent que de temps en temps sur la peau et qui irritent cet organe, ceux que l'on rencontre le plus souvent sont les puces et les punaises.

---

a) *Destruction du phthirius :* 1° Si les points du corps occupés sont nombreux : pubis et parties voisines, aisselles, région sternale, etc., le plus simple est de donner un bain de sublimé — 10 grammes pour 200 litres d'eau, *après* avoir exactement savonné tout le corps.

Si l'on n'a pas le bain mercuriel à sa disposition, on peut très simplement arriver au but avec le naphtol β, incorporé à la graisse ou à l'huile à la dose de 10 à 15 p. 100 employé en frictions faites, matin et soir, pendant quarante-huit heures sur tous les points envahis. Avant chaque nouvelle friction, on fait un savonnage exact avec eau chaude et savon à volonté.

Si l'on croit devoir employer l'onguent mercuriel, ou, ce qui est plus élégant, la pommade au calomel mentholée, il suffit de laisser la pommade en place une ou deux heures pour détruire les poux sur un point isolé, et l'on évite ainsi à peu près sûrement l'hydrargyrie locale et générale; mais il est des sujets, les *intolérants du mercure*, chez qui une seule de ces frictions, même temporaire, peut déterminer les accidents.

2° Si une région seule est occupée — pubis, scrotum, périnée — comme cela est fréquent, les mêmes moyens suffisent; il est inutile d'exposer les malades aux inconvénients des frictions avec l'onguent mercuriel. On peut aussi avoir recours aux pulvérisations faites avec les solutions faibles de sublimé — eau de Cologne 100 grammes et sublimé 1 à 5 centigrammes; ou aux lotions avec la même solution, ou encore aux badigeonnages avec l'éther naphtolique de 1 à 5 p. 100 que nous avons depuis longtemps proposé et appliqué, moyen expéditif à appliquer par le médecin, mais non à livrer au malade. Tous ces procédés parasiticides, et beaucoup d'autres, sont bons s'ils sont mis à exécution d'une manière judicieuse.

Si la phthiriase — ce qui est rare — a atteint les cils, toutes les pommades ophthalmiques mercurielles vulgaires suffisent à la guérir.

b) *Élimination des lentes.* Nous avons montré le moyen de l'exécuter aisément, en faisant sur les régions pilaires des lotions au vinaigre commun, légèrement chauffé, *suivies* d'un peignage au peigne fin. On peut, pour simplifier, faire simultanément la destruction du phthirius, et l'élimination des lentes, en faisant des lotions de vinaigre mercuriel (pratique usitée à Copenhague) : Voy. Brocq — *loc. sup. cit.* — La dose qui a été indiquée est de 1 gramme de sublimé pour 300 de vinaigre; on peut arriver au but avec des doses beaucoup plus faibles, 50 centigrammes à 1 gramme p. 1000, et moins offensives, surtout si elles doivent être abandonnées aux malades.

d) *Désinfection.* Il est toujours prudent d'engager les intéressés à faire soumettre à l'étuve tous les vêtements de laine ou de drap qu'ils ont portés pendant qu'ils étaient infectés. L'avulsion des lentes et la désinfection des vêtements sont les seuls moyens d'assurer la cure définitive, à bref délai. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Puce commune, pulex irritans. — Elle occasionne une petite lésion de la peau bien connue et détermine une vive sensation de piqûre. Il survient une hémorragie punctiforme, de la dimension d'une graine de pavot, autour de laquelle il se développe au moment de la succion de la peau un cercle d'injection rouge de 2 à 5 millimètres d'étendue.

Ce cercle pâlit immédiatement, tandis que le point hémorragique ne disparaît sans laisser de traces qu'au bout de quelques jours, et en passant par toutes les modifications de coloration que vous connaissez. Sur une peau délicate, chez les enfants, la puce provoque en outre, par son contact direct, ainsi que d'une manière réflexe, l'apparition de plaques d'urticaire. On voit souvent la peau envahie par des piqûres de puce (*purpura pulicosa*), en sorte que cet état rappelle l'aspect d'un véritable purpura. La dimension égale des piqûres, leur localisation principale correspondant aux plis des vêtements serrés étroitement autour du corps, et la présence de quelques cercles autour des piqûres, ainsi que les fèces bien connues des puces, permettent suffisamment de reconnaître cet état.

Il a déjà été dit (Tome II, p. 923) que Bergh a constaté une fois de nombreuses larves de puce entre les squames épidermiques d'une femme atteinte d'eczéma et en mauvais état de santé.

Punaise, cimex lectularius, acanthia lectularia. — Elle provoque une urticaire intense et un violent prurit, aussi bien sur les parties atteintes directement par piqûre, succion et contact, que d'une manière réflexe sur tout le corps. Comme on se gratte le plus ordinairement avec deux ou trois doigts, les résultats du grattage apparaissent, dans ces cas, sous forme de traînées deux ou trois fois parallèles, s'entrecroisant souvent comme les dessins que l'on rencontre sur les anciennes pièces de monnaie, et disséminées irrégulièrement sur la peau. Il n'est pas facile de distinguer cet état du prurit cutané ou de l'urticaire chronique, et, chez les enfants de un à deux ans, d'un prurigo commençant. On se prononcera surtout d'après ce fait que l'éruption est plus marquée le matin à la sortie du lit qui abrite des punaises, et qu'elle disparaît pendant le jour.

Il y aurait encore à citer les mouches, les cousins (*culex pipiens*), les moustiques, qui, ainsi que beaucoup d'espèces du même genre, particulièrement de celles qui sont propres aux régions des tropiques, piquent accidentellement la peau et occasionnent localement, et d'une manière générale, des plaques d'urticaire, des tuméfactions œdémateuses et ecchymotiques, du prurit et de la douleur. Contre leurs piqûres, ainsi que contre celles des abeilles, il

faut recourir à l'application immédiate d'ammoniaque ou de sel ammoniac (1).

---

(1) Quand on ne peut se soustraire aux attaques de ces épizoaires variés, on peut s'en préserver en grande partie, en onctionnant préventivement les régions exposées avec de la vaseline ou de l'huile légèrement phéniquée, ou mentholée, camphrée, etc., 1 p. 100, quelquefois même avec les corps gras simples.

Les piqûres faites — et les diverses modalités des irritations cutanées ayant été produites — les lotions vinaigrées simples, ou pratiquées avec divers vinaigres aromatisés, sont généralement suffisantes pour soulager les démangeaisons et les brûlures éprouvées par les patients. Si quelques piqûres sont très vivement irritées, douloureuses, elles peuvent être avantageusement traitées, en les badigeonnant avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'*eau sédative commune* — eau bouillie 100 grammes, sel marin 6 grammes, alcool camphré 1 gramme, ammoniaque liquide 10 grammes — ou en les enveloppant de compresses imprégnées d'*eau salicylée* neutralisée — eau bouillie 100 grammes, salicylate de soude, 2 à 5 grammes, bicarbonate de soude 1 à 3 grammes. Enfin, les *bains généraux* amidonnés ou vinaigrés — 500 à 1,000 grammes de vinaigre commun pour 200 litres d'eau — ou très légèrement phéniqués — 5 à 10 grammes pour 200 litres d'eau — peuvent être employés utilement.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

FIN

TABLE ANALYTIQUE DES LEÇONS

CONTENUES DANS LE TOME SECOND

(Voir, à la suite, les Tables alphabétiques générales des noms d'auteurs, des matières coentnues dans les leçons, des notes et des additions des traducteurs.)

Pages.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

QUARANTIÈME LEÇON

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES LEÇONS CONTENUES DANS LE TOME SECOND.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS CITÉS DANS LE TEXTE COURANT, DANS LES NOTES ET DANS LES APPENDICES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.

TA

Abo
Abs
Aca
Aca

Ac
Ac
Ac

A
A
A

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES LEÇONS

(*Voir à la suite, la table des notes et des additions des Traducteurs.*)

B

C

D

E

F

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

TABL

CO

Acar

ve

, de

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES NOTES ET DANS LES APPENDICES

B

C

E

F

M

N

O

P

R

S

T

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES NOTES ET DANS LES APPENDICES.

Paris. Typ. Gaston Née, 1, rue Cassette. — 4305.